FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

VALEUR DIAGNOSTIQUE

DE LA

DOULEUR D'OREILLE

DANS LES

AFFECTIONS DE LA LANGUE

ET

PRINCIPALEMENT LE CANCER

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue

PAR

A. Gabriel RICHARD

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29-31.

1878

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

VALEUR DIAGNOSTIQUE

DE LA

DOULEUR D'OREILLE

DANS LES

AFFECTIONS DE LA LANGUE

ET

PRINCIPALEMENT LE CANCER

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue

PAR

A. Gabriel RICHARD

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29-31.

1878

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR COLLET

Médecin à Noyers-Bocage (Calvados)

A M. LE DOCTEUR TILLAUX

Hommage respectueux

A M. LE DOCTEUR FÉRÉOL

Médecin de l'hôpital Lariboisière
(externat 1877)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOSSELIN

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE DE CAEN

DE LA VALEUR DIAGNOSTIQUE

DE LA DOULEUR D'OREILLE

DANS LES AFFECTIONS DE LA LANGUE

ET PRINCIPALEMENT LE CANCER

Presque tous les chirurgiens ont remarqué que certaines affections de la bouche et particulièrement de la langue s'accompagnent de douleurs d'oreille. C'est là un fait d'observation assez fréquente sur lequel nos maîtres dans les hôpitaux ne manquent pas d'attirer l'attention quand l'occasion se présente. J'ai cru qu'il serait intéressant de rechercher le lien qui unit ainsi deux organes voisins, mais si différents par rapport aux sensations dont ils sont habituellement le siége. Limitant mon sujet, j'ai donc eu pour but, en commençant ce travail, d'étudier les raisons anatomiques ou physiologiques qui relient la langue à l'oreille. Mais bientôt mon attention s'est portée vers un autre côté de cette question, quand j'ai eu remarqué que les affections de la langue qui s'accompagnaient ainsi de douleurs d'oreille étaient peu nombreuses et qu'on pouvait peut-être les déterminer. Ce sont ces recherches qui font l'objet

de cette thèse, et, si incomplètes que je les présente aujourd'hui, j'espère qu'elles seront suffisantes pour convaincre ceux qui voudront bien me lire que ce signe est caractéristique d'un petit nombre d'affections de la langue, et que, par conséquent, sa connaissance n'est pas inutile pour l'interprétation des maladies de cet organe.

Parmi celles-ci, les tumeurs dont il est assez souvent le siége présentent quelquefois une difficulté de diagnostic telle que les plus habiles chirurgiens s'y sont laissé tromper. Trois sortes de lésions surtout ont donné lieu à ces erreurs : Ce sont les manifestations de la tuberculose, de la syphilis et du cancer; or je crois pouvoir conclure, aussi bien de la lecture des auteurs qui les ont étudiées avant moi que de mes recherches personnelles, que la douleur d'oreille est aussi fréquente dans l'une de ces trois sortes d'affections qu'elle est rare, pour ne pas dire inconnue, dans les deux autres. On verra, en effet, que, sur un assez grand nombre d'affections cancereuses dont j'ai recueilli les observations, l'otalgie (j'étudierai plus loin la nature de cette douleur, et je la nomme ainsi par anticipation), l'otalgie ne m'a manqué que deux fois; encore n'ai-je pas pu m'assurer absolument de son absence dans un de ces deux cas.

On me demandera peut-être si je puis affirmer que les dix-huit autres cas appartiennent bien à l'épithélioma lingual? En parcourant les observations on se convaincra facilement de l'exactitude du diagnostic. Aucun d'abord ne m'est personnel, on ne peut donc me soupçonner de prévention ou d'erreur. Les observations 7 et 16 m'ont été communiquées par deux de mes amis, médecins très-distingués, que je tiens à remercier ici; toutes les autres pro-

viennent des hôpitaux de Paris et ont été diagnostiquées par le chef de service. Cette origine les met, je crois, à l'abri de tout reproche de la nature que je viens d'indiquer.

Je n'ai pas réuni autant d'observations personnelles des deux autres espèces de lésions, syphilitiques et tuberculeuses; j'en ai cependant recueilli quelques-unes au rd, et je les reproduis ici; en y joignant la lecture des études souvent très-complètes et de quelques observations très-rigoureuses qui ont été publiées à leur sujet, je crois qu'on finira par avoir la même conviction que moi.

Je diviserai mon travail en trois parties ayant pour objet le développement de ces trois propositions :

— Le cancer de la langue s'accompagne presque constamment de douleur d'oreille. — Caractères de cette douleur.

— On ne l'observe pas dans les autres affections de cet organe, à part probablement la gangrène.

— Dans un dernier chapitre, je rechercherai les raisons anatomiques qui permettent d'expliquer cette douleur.

CHAPITRE I.

DE LA DOULEUR D'OREILLE DANS LE CANCER DE LA LANGUE.

Le cancer de la langue n'est pas extrêmement rare; il est peu de services hospitaliers de chirurgie à Paris où l'on n'en observe deux ou trois chaque année. Dans l'es-

pace de quelques mois, nous avons pu en réunir vingt cas, et il est probable que, pendant ce temps, un certain nombre ont été traités dont nous n'avons pas eu connaissance.

Mais, si les différentes formes de cancer se trouvent dans d'autres organes, on peut admettre aujourd'hui que l'épithélioma seul se rencontre dans la langue. Cette préférence absolue de l'épithélioma pour cet organe n'a pas été signalée depuis très-longtemps. Quoique aucune observation bien avérée d'encéphaloïde ou de squirrhe n'eût été publiée, tous les traités classiques continuaient à décrire ces formes de cancer dans la langue, et M. Bouisson, dans son article[1] du *Dictionnaire encyclopédique,* indique encore, avec des caractères différents, le squirrhe et l'encéphaloïde. Il ajoute même que le développement de ces deux dernières variétés est assez commun.

Depuis la thèse de M. Th. Anger[2], il est admis généralement, croyons-nous, qu'on ne trouve dans la langue que l'épithélioma; c'est, du reste, la seule forme de cancer dont parle M. Duplay, dans la dernière édition de la *Pathologie externe* de Follin. Tous les cas que nous rapportons ici appartiennent à l'épithélioma; les uns à la variété papillaire, les autres à la variété interstitielle. Nous y joignons un cas de papillôme lingual; nous nous expliquerons plus tard sur ce que nous entendons par ce terme. Auparavant, nous croyons bon d'indiquer rapidement ce que sont ces deux variétés: M. Heurtaux, dans sa thèse

1. Bouisson. *Dictionnaire encyclopédique des sciences méd.* Art. Langue (1868).

2. Th. Anger. Thèse de concours. *Du cancer de la langue.* Paris, 1872.

inaugurale,[1] décrit quatre variétés dans le cancroïde. « Il peut être, dit-il, 1° papillaire, c'est-à-dire consister en une hypertrophie simple des papilles ; 2° dermique, c'est-à-dire occuper d'emblée toute l'épaisseur du derme (et même le tissu sous-jacent), sans s'accompagner d'hypertrophie des papilles; 3° folliculaire, et alors débuter par une lésion des follicules pileux, et des glandes annexées aux téguments; 4° enfin, une dernière variété produirait le cancroïde par hétérotopie plastique[1]. » Or M. Robin et Thiersch ont démontré que les glandes ne sont jamais le point de départ du cancroïde dans la langue; nous pouvons donc laisser de côté, pour ce qui nous occupe ici, la 3e variété. Quant au cancroïde par hétérotopie plastique, nous ne nous en occuperons pas davantage.

Restent donc la forme papillaire et la forme dermique ou interstitielle. Elles diffèrent par leur aspect, elles diffèrent autant par leur marche. Tandis que, dans la première, il y a souvent une période de début dans laquelle « les papilles, quoique hypertrophiées, conservent leur forme arrondie, et pendant laquelle la limite entre la substance fondamentale et la gaîne épithéliale épaissie reste toujours nettement tranchée[3] », dans la seconde, au contraire, « les

1. Heurtaux. Th. de Paris. *Du cancroïde en général.* 1860.

2. Cette division porte sur le siége où prolifère au début l'épithélioma. On peut considérer aussi les différentes formes qu'il présente au microscope et établir les quatre divisions suivantes : 1° Epithélioma interstitiel, papillaire ou interpapillaire ; 2° Epithélioma lobulé ; 3° Epithélioma tubulé; 4° Epithélioma perlé. L'épithélioma de la langue est formé d'épithélium pavimenteux analogue à l'épithélium de la muqueuse sur laquelle il se développe : c'est du reste la règle pour les tumeurs de ce genre. Cornil et Rauvier, dans le Manuel d'histologie pathologique admettent quatre variétés d'épithélioma ; 1° pavimenteux lobulé; 2° pavimenteux perlé ; 3° pavimenteux tubulé; 4° à cellules cylindriques.

3. Th. Anger, *it.*

végétations épithéliales parties du fond des sillons interpapillaires[1] » envahissent dès le principe, avec le caractère de malignité propre au cancer épithélial, et les fibres musculaires qu'elles dissocient et étouffent, et la gaîne des vaisseaux et celle des lymphatiques, et probablement aussi le névrilème des rameaux nerveux voisins[2]. Aussi l'épithélioma du premier genre a-t-il quelquefois, pendant un certain temps, une marche assez lente. Le chorion muqueux lui oppose la même résistance que Heurtaux a attribuée avec raison aux aponévroses, aux ligaments, au périoste et au tissu fibreux en général. Mais, dès que cette barrière momentanée a été franchie par les cônes épithéliaux, dès que de nouvelles cellules se sont développées dans le corps papillaire, le mode de développement devient identique pour les deux formes, et les douleurs d'oreille apparaissent. Nous verrons, en effet, que si elles n'existent pas dans cette période que M. Anger a appelée de *croissance* pour les épithéliomas papillaires, on l'observe dès le début de la variété interstitielle, alors même qu'il n'y a pas encore d'ulcération quelconque, et que toute la lésion appréciable se borne à une induration circonscrite d'un des points de l'organe. Plusieurs observations en fourniront la preuve. Quant à l'épithélioma papillaire, les douleurs d'oreille se montrent dès que le chorion muqueux a été franchi. Nous verrons cependant qu'elles manquent dans deux observations : 12 et 15. Pourquoi? La première de ces observations est bien incomplète; les circonstances défavorables devant lesquelles nous nous sommes trouvé ne nous ont pas permis de nous

1. Th. Anger, *loc. cit.*
2. Heurtaux. *loc. cit.*

mieux renseigner; du reste, nous n'avons jamais cru que la douleur d'oreille fût un signe absolument constant de l'épithélioma lingual. Toute règle, on le sait comporte des exceptions, et ceci est peut-être vrai surtout en médecine. Quant à l'observation XV qui nous a été communiquée dans le service de M. Panas, on pourrait peut-être supposer que ce chirurgien, en portant le diagnostic d'épithélioma, n'a peut-être voulu désigner que la première période de *croissance* d'un épithélioma papillaire; dans ce cas, l'absence des douleurs d'oreille s'expliquerait facilement. Si l'on ne veut pas admettre cette hypothèse, les réflexions que nous avons faites à propos de l'observation 12 sont également applicables à celle-ci. Nous ajouterons que, dans le tome LXXXIV du *Journal général de médecine*, on trouve une observation de Cullerier neveu[1] rapportant l'histoire d'un cancer qui « avait détruit toute la partie mobile de la langue : le reste était un moignon sillonné profondément par des ulcères à bords élevés inégaux, durs, tuberculeux; les ganglions sous-maxillaires étaient gonflés et en suppuration; il y avait un ulcère fistuleux vers la symphyse du menton... » De pareilles lésions produites surtout par une pareille affection font prévoir des irradiations douloureuses atroces. Cullerier ajoute cependant que ce cancer n'était nullement douloureux. Nous ne chercherons pas plus, du reste, que l'auteur de cette observation à expliquer de pareilles anomalies, et nous allons rapporter les observations que nous avons recueillies ou qui ont été recueillies pour nous sur

1. *Journ. génér. de méd.* juillet 1823, tome 84, p. 77 : Destruction complète de la langue par une affection cancéreuse prise pour syphilitique par Cullerier neveu.

différents malades atteints d'épithélioma lingual; nous verrons ensuite que les douleurs qui nous occupent avaient été signalées déjà et qu'elles avaient frappé plus ou moins un certain nombre d'observateurs.

OBSERVATION I.

(Personnelle)

Recueillie à la Pitié, service de M. Polaillon.

Ferr..., François, 52 ans, chiffonnier, salle Saint Gabriel, n° 22. Ce malade est entré à l'hôpital le 2 avril 1878. Antécédents : Des chancres multiples siégeant sur le pubis et à la racine de la verge l'ont fait soigner au Midi, en 1840, dans le service de M. Ricord. Il dit être resté en traitement pendant 3 mois, et avoir pris 122 pilules de proto-iodure. Depuis il ne paraît jamais avoir eu ni d'alopécie, ni de roséole, ni de plaques muqueuses, ni aucune autre manifestation spécifique. Il a eu un rhumatisme en 1867. Pas d'autres antécédents morbides personnels. Ajoutons que Ferr... est un fumeur convaincu de brûle-gueule :— il ne peut, du reste, évaluer la quantité de tabac qu'il consomme, sa profession lui permettant de satisfaire ses goûts sans bourse délier. Sa mère est morte à 68 ans d'un cancer du sein. — Le malade dit ne s'être aperçu de son mal que depuis trois semaines seulement ; il sentit alors un bouton dur sur le plancher de la bouche, à gauche du frein. Dès ce moment, il éprouva une certaine gêne dans la déglutition; il prétend que cette tumeur n'a mis que quinze jours pour arriver à l'état actuel. Actuellement, on reconnaît par l'examen l'existence d'une végétation s'étendant sur la partie gauche du plancher de la bouche, dans une longueur de 1 centim. 1/2 environ. Elle consiste en une élévation constituée par un tissu assez dur, ulcéré, quoique ne saignant pas très-facilement, et forme deux petites tumeurs séparées par un sillon; la postérieure est de beaucoup la plus considérable : celle-ci se pédiculise facilement et s'étend vers la partie correspondante de la face inférieure de la langue, à laquelle elle est déjà fixée par quelques points. L'antérieure est plus aplatie, faisant une saillie moins appréciable, et s'étend jusqu'au frein. Les mouvements de la langue vers les deux commissures sont conservés : la projection

en avant est déjà difficile, mais l'élévation vers la lèvre supérieure est impossible. Sécrétion salivaire modérément augmentée. Pas d'altération du goût. Il n'y a pas encore d'irradiations douloureuses, si ce n'est dans l'oreille gauche. C'est dans la nuit du 2 avril, jour de son entrée à l'hôpital, que Ferr.. a senti la première manifestation de l'otalgie qui s'est alors traduite par une douleur très-vive au fond de l'oreille, douleur qui a, du reste, disparu instantanément comme elle était venue. Il est probable qu'elle a coïncidé avec l'extension de la tumeur à la partie correspondante de la langue. Depuis, cette douleur a fait d'autres apparitions. Elle est revenue en moyenne 3 fois chaque jour, de préférence vers le commencement ou la fin de la nuit. Elle est spontanée, absolument intermittente, soudaine, rapide, très-vive, et dans l'intervalle de ses apparitions laisse le malade complétement tranquille. Il la compare du reste à un éclair, à cause de sa courte durée et de sa soudaineté. Jamais il n'a eu d'écoulement d'oreille, ni de bourdonnements, ni de surdité.

Ferr.. ne paraît pas cachectique. Son teint est pâle, plombé cependant, mais il dit avoir toujours été ainsi. Les ganglions sous-maxillaires gauches sont pris; on en sent un très-volumineux à l'angle de la mâchoire du même côté qui commence à devenir le siége de quelques irradiations douloureuses.

Diagnostic. Epithélioma du plancher de la bouche qui s'est étendu à la face inférieure de la langue. Le malade est mis à l'iodure de potassium (5 avril 1878).

Ferr..., qui a quitté le service au bout de quelques jours, revient à la consultation. L'envahissement de la face inférieure de la langue a fait des progrès : les douleurs d'oreille sont, non pas plus intenses, mais plus fréquentes.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Recueillie à la Charité, service de M. le professeur Trélat.

Len..., 59 ans, maître d'équitation, est couché depuis le 22 février au lit n° 10 de la salle Saint-Jean. Pas d'antécédents héréditaires ; ses seuls antécédents personnels consistent en une attaque de scorbut en Afrique, où il a servi comme militaire. L'affection de la langue,

pour laquelle il entre à l'hôpital, remonte, dit-il, à huit mois; il a déjà été soigné par MM. Richet et Guyon, qui ont prescrit le même traitement auquel il est soumis ici : gargarisme, chlorate de potasse, iodure de potassium. Le malade est un grand fumeur; il consomme quotidiennement au moins un paquet de 50 centimes de tabac par jour; il se sert d'une pipe en terre, habituellement de tuyau très-court. Jamais d'écoulement ni de signe d'une affection quelconque des oreilles.

État actuel. — A la partie moyenne du bord droit de la langue existe une ulcération, qui empiète sur le tiers antérieur de l'organe du même côté. A ce niveau se trouve une dent cariée dont l'empreinte est visible sur la langue. Le fond de l'ulcération est rouge, granuleux, framboisé; la base est manifestement indurée. Du reste, ni l'induration, ni l'ulcération n'empiète sur le côté gauche de l'organe; la ligne médiane est respectée. En revanche, l'induration s'étend en avant jusqu'à la pointe, et en arrière jusqu'à la base. Quant à l'ulcération, elle n'est pas parfaitement sphérique, mais plutôt elliptique, s'étendant transversalement et obliquement d'avant en arrière, et de la ligne médiane au bord droit; ajoutons qu'elle est peu profonde et que ses bords sont peu accusés. En avant, vers la pointe, il y a un peu d'érosion de la muqueuse. Il n'y a pas d'altération du goût. La salivation est abondante, mais non fétide. La voix est altérée, elle est devenue grasseyante. La douleur d'oreille s'est manifestée du côté droit depuis trois mois, c'est-à-dire qu'elle n'est venue que cinq mois après le début du mal, début sur lequel il est difficile d'avoir des renseignements précis. D'apèrs la narration un peu embrouillée du malade, il est possible qu'il ait eu d'abord un psoriasis lingual. Quoi qu'il en soit, cette douleur est spontanée, intense, assez forte pour réveiller le malade dans son sommeil. Elle a précédé d'un mois l'apparition d'autres douleurs irradiées, qui se font sentir dans le côté droit de la face, surtout en arrière. Deux ganglions sous-maxillaires assez volumineux sont engorgés du même côté. La langue saigne rarement, et le malade n'éprouve pas trop de gêne dans la déglutition.

Épithélioma de la langue. M. Trélat n'opérera pas. — Nous avons retrouvé, quelque temps après savoir pris cette observation, le même malade dans le service de M. le professeur Gosselin; son état ne s'était pas sensiblement modifié, les douleurs d'oreille étaient toujours les mêmes.

OBSERVATION III

(Personnelle)

Recueillie à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. B. Anger.

Jo... (Félix), 56 ans, journalier, est entré à l'hôpital le 7 janvier 1878, pour un épithélioma de la pointe de la langue du côté droit, dont le début remonte à quatre mois. Dès ce moment, il y a eu des douleurs dans l'oreille correspondant au côté de la langue lésé : leur intensité a été en augmentant depuis ce temps jusqu'à aujourd'hui. Pas d'antécédents, si ce n'est une attaque de coliques saturnines et un eczéma. Jamais d'affection des oreilles. Salivation très-augmentée, fétide, pas d'altération du goût. Le 26 janvier, M. B. Anger enlève avec le bistouri la partie de la langue atteinte par l'épithélioma.

Aujourd'hui, un peu plus d'un mois après l'opération, la plaie, qui a fait disparaître toute la pointe de la langue jusqu'au niveau du filet, est cicatrisée, mais la douleur d'oreille, loin d'avoir diminué, a augmenté. Les intervalles entre chaque élancement (terme employé par le malade) se sont tellement rapprochés qu'elle est devenue presque continue. Elle cause beaucoup de gêne au malade et ne le laisse pas dormir. Il s'y est joint, depuis quelque temps, des douleurs névralgiques très-violentes dans toute la partie de la face correspondante. Du reste, avec son moignon de langue, le malade n'est pas trop gêné ; il mange du pain, quelques aliments solides, et sa voix est seulement un peu nasonnée.

ORSERVATION IV.

(Personnelle).

Recueillie à la Pitié, service de M. le professeur Verneul.

Manab...., 75 ans, porteur aux halles, est couché depuis le 27 février au n° 49 de la salle Saint-Jean. Il n'a pas d'antécédents morbides personnels ou héréditaires à signaler. C'est un fumeur assez fervent ; il avoue 6 sous de tabac par jour et l'emploi du brûle-gueule. Il y a quatre mois, il vit apparaître un bouton dur sur le

bord gauche de la langue; presque en même temps, une certaine gêne dans la déglutition le frappa. Mais avant même d'avoir fait cette remarque, une nuit, le malade fut réveillé par une douleur assez vive dans l'oreille correspondante. Il ne peut préciser exactement la date; cela se passa, dit-il, deux ou trois jours avant qu'il s'aperçût qu'il ne mangeait plus aussi facilement. Quoi qu'il en soit, il se persuada qu'une puce avait dû pénétrer dans le conduit auditif, et encore aujourd'hui il n'admet pas d'autre explication. Il y tient d'autant plus qu'il n'a jamais eu aucune affection dans cette oreille-là. En tout cas, la puce est encore vivante, car la douleur n'a pas disparu. Elle n'est pas très-vive, n'a pas augmenté, vient assez rarement et presque exclusivement la nuit.

Aujourd'hui, 28 février, on aperçoit sur la langue une ulcération de la dimension d'une pièce de 1 franc, ronde, siégeant sur la partie moyenne du bord gauche. Les bords sont élevés, granuleux, coupés à pic, bourgeonnants. Le fond est grisâtre, ulcéreux, profond d'un demi-centimètre environ; il contient un détritus de couleur gris jaune sale, et ne paraît pas être la source d'une suppuration abondante ni fétide. Pas d'engorgement ganglionaire. Un peu d'hypersécrétion salivaire, sans odeur, jamais sanguinolente. Pas d'altération du goût ni d'irradiations douloureuses dans la face ou dans le cou.

En somme, épithélioma ulcéré, bien net et bien limité.

Opéré le 5 mars par M. Verneuil, au moyen du thermo-cautère.

OBSERVATION V

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. B. Anger (Hôpital Saint-Antoine).

Virq... (Etienne), 64 ans, ébéniste, est entré le 20 février. Cei homme ne présente pas d'antécédents. C'est un petit fumeur, qut consomme tout au plus 4 sous de tabac par jour. Le mal qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a six mois par une certaine gêne dans la déglutition. Bientôt sont apparues des douleurs dans la moitié gauhe de la langue et au niveau du maxillaire inférieur. Elles ont été accompagnées presque simultanément par de la douleur dans l'oreille correspondante, douleur vive, spontanée, assez intense pour réveiller complétement le malade. Cette douleur se manifeste principalement

et presque exclusivement la nuit; c'est un éclair, une sensation rapide qui, dit le malade, lui traverse l'oreille; dans les intervalles, elle disparaît absolument. Jamais il n'a eu d'otorrhée ni rien dans cette oreille gauche; seulement elle est devenue un peu paresseuse depuis l'apparition de ces douleurs. Il n'y a pas d'autres irradiations douloureuses. Actuellement, il est difficile de se rendre compte de la lésion de la langue. Le malade peut à peine ouvrir la bouche pour permettre d'y introduire une petite cuillère. Il ne peut non plus sortir la langue aude là des arcades dentaires, entre lesquelles le petit doigt ne pénètre qu'avec peine. Si la vue ne donne aucun renseignement, le toucher n'en donne que de très-limités. Cependant, par ce moyen d'investigation, on constate une induration du bord gauche de la langue et de la partie correspondante de l'organe, au moins dans les deux tiers antérieurs qui sont accessibles. Le doigt ne peut pénétrer plus profondément. Il ne paraît pas au toucher qu'il existe des ulcérations, et cependant il doit y en avoir en arrière, car le malade voit souvent ses crachats, surtout le matin, être rayés de stries sanglantes. Au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur à gauche, à 3 centimètres à peu près en avant de l'angle de la mâchoire de ce côté, on constate une tumeur de la grosseur d'une aveline, ronde, très-dure, semblant se pédiculiser du côté de l'os, auquel elle est adhérente. A son niveau, la peau est normale, mobile. D'après les renseignements recueillis au moment de l'entrée, on pouvait reconnaître, alors par le toucher (la bouche s'ouvrant un peu plus facilement), une induration à peu près totale de toute la partie gauche de la base de la langue et s'étendant même au pilier antérieur. Dans ce cas, le début pourrait avoir eu lieu (M. Verneuil a signalé ce fait comme assez fréquent) dans l'espace amygdalo-glosse. Le goût n'a pas subi d'altération. La salivation est très-peu augmentée et n'a pas de mauvaise odeur.

Epithélioma qui a débuté par la glande sous-maxillaire gauche, a adhéré à l'os et s'est propagé au bord gauche et à toute la partie gauche de l'organe. Il est possible que la prolifération morbide ait évolué simultanément de la base à la pointe, marchant en quelque sorte à la rencontre de la première lésion. Pas d'engagement ganglionnaire. L'otalgie a diminué depuis l'entrée à l'hôpital.

OBSERVATION VI.

(Inédite).

Recueillie dans les notes prises à Lariboisière, service de M. Tillaux

Sim.... (Pierre) 52 ans, tourneur, entré le 28 mai 1873, salle Saint-Louis, à Lariboisière. Cet homme est porteur d'un épithélioma de la base de la langue et de la face antérieure de l'épiglotte. Début remontant à 6 mois environ. Le malade se plaint surtout de gêne dans la déglutition et de douleurs qui s'irradient dans les deux oreilles mais principalement à droite. On fait une cautérisation. Le malade sort le 30 mai.

OBSERVATION VII.

(Personnelle.)

Recueillie dans la clientèle de M. le Dr Doucet, à Paris.

X..., 51 ans, concierge, place Pigalle. A part des habitudes alcooliques assez franchement avouées, il n'y a rien à signaler dans les antécédents du malade. Notons cependant qu'il est fumeur, et qu'il a eu, il y a 2 ans, une hémiplégie avec paralysie faciale. Le mal a débuté, il y a 5 mois par la face inférieure de la langue : il s'est produit là un noyau induré qui s'est rapidement ulcéré à la surface, et autour duquel il s'est développé de la glossite : (le malade, qui s'était confié à un pharmacien avait fait usage de diverses pommades qui n'ont peut-être pas été sans influence sur cet accident). La salivation est devenue presque immédiatement exagérée. — Aujourd'hui, 26 février, nous voyons un homme à teint jaune-paille, d'apparence cachectique. La phonation est très-gênée, la déglutition et l'alimentation non moins difficiles, les liquides passent à peu près seuls. L'ulcération occupe la face inférieure de la langue, des deux côtés du frein : elle est constituée par une surface inégale, bourgeonnante, saignante ; la pointe est respectée, mais elle est rouge, et la muqueuse paraît altérée. Au point correspondant sur la face dorsale, ulcération de même nature, assez superficielle, peu profonde, étendue d'un bord à l'autre, à bords peu élevés, légèrement renversés, avec des points creusés, des en-

foncements, et d'autres élevés, des saillies : les premiers d'un gris jaunâtre, les seconds d'un rouge vif. Entre ces deux surfaces ulcérées, le tissu de l'organe est dur, épaïssi. Toutes deux saignent au moindre contact. Nous avons vu que celle qui occupe la face dorsale n'atteignait pas l'extrémité antérieure de l'organe ; il n'en est pas de même de la base qu'elle envahit jusqu'à un point dont il n'est pas facile de se rendre compte : en effet, on ne peut déprimer la laugne sans faire saigner et souffrir le malade. C'est donc par le toucher plutôt que par la vue qu'on y peut constater une surface également dure, saillante par places et qui n'est pas encore totalement ulcérée. — La salivation est très-abondante, continuelle : elle fatigue et épuise le malade. Le liquide ainsi rejeté est filant, de mauvaise odeur, mêlé de stries sanglantes. Les ganglions sous-maxillaires des deux côtés sont engorgés. La face et le cou sont le siége d'irradiations douloureuses. Les douleurs d'oreilles sont très-intenses et occupent les deux oreilles. Elles remontent aux premiers débuts du mal et ont eu dès ce moment l'intensité qu'elles ont maintenant. Elles causent au malade une gêne et une souffrance extrêmes ; elles sont spontanées, vives, nous l'avons dit, et aussi fréquentes, de sorte qu'elles ne lui permettent le sommeil qu'à force de narcotiques. X.... les différencie très-bien des irradiations d'ailleurs peu marquées qu'il éprouve dans le cou et dans la face. Outre leur siége qui est différent et leur intensité qui est plus considérable, elles sont aussi beaucoup plus rapides et plus soudaines. Du reste le malade les avait signalées de lui-même à son médecin, sans que celui-ci eût eu besoin de les rechercher. X.... affirme n'avoir jamais eu antérieurement aucune affection de l'oreille.

OBSERVATION VIII.

(Personnelle.)

Recueillie dans le service de M. Marchand, à l'hôpital temporaire.

Legr... (Jean-François), 69 ans, scieur de pierres, est entré le 4 avril et couché, depuis cette époque, au n° 4 de la salle Saint-André. Ce malade s'est toujours bien porté jusqu'à présent et n'offre pas d'antécédents morbides intéressants. Il fume, dans une pipe en terre, environ 5 sous de tabac par jour. L'affection actuelle a débuté il y 6 mois. Étant au chantier, à son travail habituel, il s'est mordu la langue qui a saigné ensuite assez abondamment ; c'est là le pre-

mier fait qui a attiré son attention. Lorsque le sang n'a plus coulé, il a examiné sa langue, et a remarqué, à l'endroit de la morsure, c'est-à-dire sur le bord gauche, en arrière, une grosseur très-dure qui est bientôt devenue le siége d'élancements douloureux. Depuis, le mal n'a pas fait grands progrès, et les douleurs n'ont pas été très-vives. Ce n'est du reste pas pour cela qu'il s'est présenté à l'hôpital. Un ulcère variqueux assez étendu qu'il porte à la jambe droite et qui l'empêche de travailler, le préoccupe bien plus vivement.

A l'examen, on trouve sur le bord gauche de l'organe, à l'union des 2/3 antérieurs avec le 1/3 postérieur, une tumeur reposant sur un tissu induré, dure elle-même, et se prolongeant en arrière sur toute la partie postérieure de ce bord jusqu'au pilier qui est lui-même ulcéré à sa base. Un sillon transversal, contenant une matière grise et saignant au moindre contact divise cette ligne indurée en deux parties. C'est à proprement parler l'antérieure qui forme la tumeur dont le volume égale à peu près celui d'une noisette. Il y a un peu d'hypersécrétion salivaire, mais sans exagération et sans odeur. Il n'y a pas d'altération du goût ni d'engorgement ganglionnaire. La douleur dans l'oreille gauche a débuté il y a seulement un mois ; elle a les caractères que nous avons déjà trouvés dans les précédentes observations ; seulement elle est peu vive et très-fréquente. C'est surtout le matin qu'elle apparaît : elle n'a jamais réveillé le malade. Celui-ci n'a jamais, du reste, présenté aucun signe d'une affection des oreilles. — Epithélioma du bord gauche et de la base de la langue.

On a fait une cautérisation à l'acide chromique sur la partie ulcérée de la langue, et le malade voyant sa jambe guérie a quitté l'hôpital.

OBSERVATIONS IX ET X.

(Inédites.)

Recueillies dans le service de M. Tillaux, à l'hôpital Beaujon.

Cab..., 55 ans, tapissier à C.... (Eure), est envoyé par son médecin pour consulter M. Tillaux. Il est atteint d'un épithélioma ulcéré de la langue qui a gagné et traversé le maxillaire inférieur. Le début a eu lieu il y a 6 mois à la pointe de l'organe. Depuis 3 mois le malade souffre de douleurs lancinantes dans l'oreille droite, côté où l'épithèlioma a débuté. Ces douleurs sont très-vives, intermit-

tentes, et surtout nocturnes : elles sont assez violentes pour réveiller le malade. Il y a, du côté correspondant, un engorgement ganglionnaire considérable, une salivation très abondante et fétide.

La note précédente a été prise le 6 juin. Deux jours après, un malade à peu près identique se présente à la consultation de M. Tillaux. Il est porteur d'un épithélioma lingual et souffre de vives douleurs dans l'oreille correspondante. Comme il doit entrer dans le service, on remet au lendemain à prendre l'observation pour l'examiner plus à l'aise, mais on ne l'a plus revu.

OBSERVATION XI.

(Personnelle.)

Recueillie dans le service de M. Polaillon, à la Pitié.

Peyr...., 54 ans, confiseur, est entré le 31 mai à l'hôpital où il occupe le n° 38 de la salle Saint-Gabriel. Il avait jusqu'à présent toujours joui d'une excellente santé et n'a pas d'antécédents héréditaires. C'est un grand fumeur de cigarettes Il y a longtemps, dit-il, peut-être bien 3 ans, qu'il a senti une petite grosseur indurée sur le plancher de sa bouche, à droite du frein ; cela le gênait quelquefois un peu pour manger, mais n'attirait pas autrement son attention. C'est il y a 3 mois qu'il a commencé à s'en préoccuper, et il est probable que ce moment a coïncidé avec l'ulcération de la petite tumeur. La douleur dans l'oreille droite existe depuis 4 mois et plus, car il y a longtemps que le malade se met du coton dans le conduit auditif, son oreille étant devenue, dit-il, sensible au froid le soir.

Actuellement, nous voyons une ulcération occupant tout le côté droit du plancher de la bouche et la partie correspondante de la face inférieure de la langue. Ces deux ulcérations sont profondes, bourgeonnantes, hérissées d'aspérités alternant avec des anfractuosités dont le fond est gris-jaunâtre, sale. Elles saignent facilement, reposent sur une base indurée et sont limitées par des bords rouges, saillants, très-durs. La langue est le siége d'élancements douloureux qui s'irradient dans le cou, principalement à droite, mais la douleur d'oreille surtout est vive. Elle tourmente beaucoup plus le malade aujourd'hui qu'au début de l'affection ; elle est spontanée, et se montre surtout pendant la nuit, elle a même assez d'intensité pour empêcher le sommeil ; du reste, elle est aussi rapide et de

courte durée qu'elle est violente. On peut croire qu'elle a coïncidé avec l'extension de l'épithélioma à la face inférieure de l'organe. Le malade n'a jamais eu antérieurement ni de surdité ni d'écoulement d'oreille. Les ganglions sous-maxillaires, du côté correspondant, sont engorgés; on en sent un également induré sur la ligne médiane, au-dessous de la symphyse du menton.

Épithélioma du plancher de la bouche et de la face inférieure de la langue. Gargarismes.

Sur notre demande, M. Clément, interne du service veut bien examiner l'oreille droite de ce malade : il la trouve absolument normale.

1er juin. M. Polaillon opère le malade avec l'écraseur linéaire.

11 juin. La surface de section est rouge, enflammée, suppurante par points ; la langue est grosse; il s'est développé de la glossité. Les douleurs qui se faisaient sentir dans la langue et le cou ont subsisté, mais la douleur d'oreille a complétement disparu. Deux ou trois jours après le malade quitte l'hôpital et part pour la province.

OBSERVATION XII.

Recueillie à la Charité, service de M. le professeur Gosselin.

Bruy.... Ernest, 39 ans, homme de peine, entré le 27 février : « Épithélioma lingual, s'étendant au plancher de la bouche et ayant en partie détruit le menton, distraction d'une grande partie du maxillaire inférieur. Début : 6 mois, maladies intercurrentes : hémorrhagies. » Le malade, au moment où nous le voyons, vient d'avoir une hémorrhagie et paraît si abattu qu'il entend à peine les questions qu'on lui adresse. Cependant en insistant pour savoir s'il présente quelque symptôme du côté de l'oreille, il fait un signe négatif d'un air impatienté.

OBSERVATION XIII.

(Personnelle.)

Recueillie à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. B. Anger.

Thom..., 41 ans, tailleur de pierre, entré le 11 février. Son père est mort à la suite d'un accident, sa mère d'une opération pratiquée

au sein gauche : elle avait alors 60 ans. Il n'a jamais fait qu'une maladie, une fièvre typhoïde en 1863. Il fume habituellement dans une pipe courte qu'il met dans sa poche avec ses outils. L'affection pour laquelle il est entré à l'hôpital date du mois d'août 1877. Elle s'est d'abord manifestée par un sentiment de gêne dans le fond de la gorge, gêne que les efforts de déglutition augmentaient ; puis il a éprouvé comme un échauffement de cette région, comme une brulûre légère. Bientôt il sentit sur le côté gauche de la langue un bouton dur, de la grosseur d'un haricot. Le malade consulta plusieurs chirurgiens qui lui firent essayer différents traitements ; aucun n'amena d'amélioration, et un traitement anti-syphilitique même qui fut prescrit produisit de la salivation et une certaine tuméfaction de l'organe [1]. Il a éprouvé des douleurs spontanées dans les deux oreilles dès le début de l'affection. Dès ce moment, aussi, il a senti vers les tempes des irradiations douloureuses qui se sont étendues assez rapidement à toute la partie postérieure de la tête. Le côté droit de la langue s'est pris il y a 2 mois 1/2.

Actuellement, on sent avec le doigt une induration marquée sur le bord gauche de la langue ; le bord droit est également induré surtout dans son tiers postérieur. Ces deux bords sont réunis par une surface inégale, ulcérée, fongueuse, assez profonde. Comme elle occupe surtout la portion verticale de la langue, c'est-à-dire la base, il est difficile de la voir et les explorations font souffrir et saigner le malade. La salivation très-abondante au début a un peu diminué ; tous les autres symptômes, au contraire, paraissent avoir augmenté, ainsi la gêne dans la déglutition et les inadiations douloureuses en arrière de la tête. La parole aussi est alterée, difficile ; les mouvements de l'organe sont entravés ; le malade ne peut plus tirer la langue. Les ganglions sous-maxillaires des deux côtés sont engorgés, mais depuis quelques jours seulement. Il n'y a pas d'altération du goût. La douleur est surtout vive dans l'oreille gauche : elle est lancinante, rapide comme un éclair. Le malade, qu'elle réveille assez souvent la reconnaît bien au milieu de ses autres dou-

1. On ne saurait trop s'élever contre ce moyen de diagnostic qui consiste à donner dans les affections de la langue, le traitement antisyphilitique comme pierre de touche. En effet, si l'affection se trouve être un épithélioma, les préparations mercurielles provoquent un certain degré de glossite et précipitent la marche du cancer.

leurs ; c'est, dit-il, comme si on me piquait vivement tout au fond de l'oreille avec plusieurs aiguilles.

Epithélioma de la base de la langue. M. Anger n'opérera pas. Gargarismes. Chlorate de potasse. — Trois mois après avoir pris cette observation, nous avons retrouvé le malade à Lariboisière dans le service de M. Labbé. La langue était toujours dans le même état, quoique l'ulcération se fût étendue. Les douleurs dans la nuque et la tête avaient augmenté, la douleur qui occupait les oreilles avait au contraire diminué. Nous priâmes alors M. Letousey, interne du service, de vouloir bien examiner les oreilles du malade : cet examen ne révéla rien qui pût faire penser à une affection quelconque de ces organes.

OBSERVATION XIV

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. L. Labbé, à Lariboisière.

G.... Adolphe, 60 ans, typographe. Entré le 28 février, salle Saint Louis, n° 22. Le malade n'a jamais eu que des rhumatismes. C'est un grand fumeur, qui a presque constamment une petite pipe en terre à la bouche. Cette pipe, qu'il nous a montrée, a un tuyau fort court. Son affection a commencé il y a trois mois par une grosseur dure, peu élevée, sur le plancher de la bouche du côté droit. Pendant deux mois et demi l'affection est restée ainsi limitée et le malade n'a *rien ressenti dans ses oreilles*. C'est il y a quinze jours, alors que le malade était déjà dans le service, que la lésion s'est propagée à la face inférieure de la langue. A ce *moment précis*, le malade a ressenti une assez vive douleur dans l'oreille droite, douleur spontanée, intermittente, rapide, assez intense, pas assez cependant pour réveiller le malade. Actuellement on voit une ulcération siégeant à droite du frein, sur le plancher de la bouche. C'est là le point de départ de l'affection, comme nous l'avons dit ; elle a envahi et presque détruit le frein et paraît avoir de la tendance à envahir le côté gauche. Elle s'étend sur une partie du côté droit de la face inférieure de la langue ; elle est granuleuse, rouge, végétante et saigne très-facilement. Il y a peu de douleurs locales, c'est plutôt un sentiment de gêne qu'éprouve le malade, mais depuis un mois il existe d'autres douleurs qui s'irradient dans la face et la région

occipitale. Il n'y a pas d'altération du goût. La salivation est très-abondante, non fétide, mais sanglante. Les mouvemants de l'organe commencent à être gênés surtout en mangeant. Il n'y a pas de ganglions lymphatiques engorgés. On porte le diagnostic: Epithélioma du plancher de la bouche, étendu à la face inférieure de la langue.

OBSERVATION XV

(Inédite)

Recueillie dans le service de M. Panas, à Lariboisière, par M. Fr. Jouin externe des hopitaux.

X., 42 ans, vient consulter dans les premiers jours de février pour une ulcération de nature douteuse. Traitement spécifique (iodure de potassium et frictions mercurielles) pendant trois mois sans amélioration.

Le 20 février, le malade entre à l'hôpital, service de M. Panas, salle Saint-Honoré, lit n° 26.

Pas d'antécédents héréditaires appréciables. Santé parfaits jusqu'à ce jour. Le malade fume depuis longtemps beaucoup de cigarettes. Examen de la bouche : taches de psoriasis sur tout le dos de la langue, sur la face interne des joues et sur le plancher de la bouche de chaque côté du frein. Du côté droit de la langua à 3 centimètres en arrière de la pointe, ulcération à bords déchiquetés, jaunes, à fond recouvert de bourgeons saillants, sanieux et fétides. Elle a la forme d'une cavité creusée avec un instrument cunéiforme très-allongé dont la base regarderait en dehors et en haut (bord supérieur de la langue) et dont le sommet occuperait les parties profondes. Longueur d'avant en arrière 3 à 4 centimètres, de haut en bas de 1 à 1 1[2. L'état général est bon. Les autres organes ne présentent aucune trace de dégénérescence. On a cherché l'*otalgie*, mais sans résultat.

Opération : Amputation au thermo-cautère de la moitié antérieure de la partie droite de la langue.

Deux jours après, une hémorrhagie se déclare; les artères sont liées dans la plaie. Le travail de reparation se fait ensuite rapidement.

Le malade revient au mois de juin consulter pour des plaques de psoriasis qui persistent. La guérison est parfaite; à peine existe-t-il un léger bégaiement.

OBSERVATION XVI

ecueillie et communiquée par M. le docteur Looten, chef de clinique à la Faculté de Lille.

Epithélioma de la langue. — Ulcérations étendues de la partie Rnférieure de la langue. — Mort.

Car.... Fr..., 38 ans, comptable, est atteint depuis plus d'une année d'une affection ulcéreuse chronique de la langue. Pas d'antécédents héréditaires, pas de syphilis, pas de maladies antérieures graves, mais fumeur acharné. Il se sert habituellement de pipes courtes en terre dite de Marseille. Deux enfants bien portants.

L'affection a débuté par une papule ulcéreuse de la face supérieure et droite de la langue. Elle siégeait un peu en dehors de la ligne médiane, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la langue.

Le médecin traitant, après avoir épuisé toute sorte de traitements externes et internes, tenta une injection de perchlorure de fer, laquelle fut sans résultat, et aggrava même l'état local, si l'on en croit le malade.

Alors il consulte successivement une dizaine de médecins, les uns conseillant une opération radicale, les autres la rejetant : si bien que le malade, hostile en principe à toute opération temporise jusqu'au moment où il n'était plus possible d'y songer.

Voici, du reste, l'état dans lequel nous le trouvons le jour de notre première visite (août 1877). La langue hypertrophiée, repoussée en avant, est enclavée dans les arcades dentaires et entre les lèvres. C'est a peine si quelques mouvements de rétraction et de propulsion sont encore possibles.

La respiration se fait habituellement par les fosses nasales. La face est amaigrie, bien que l'état général soit relativement bon. Le malade crache une quantité énorme de salive pure ou mêlée de flocons muco-purulents. Dans ce dernier cas, l'expuition est précédée de quintes de toux sur lesquelles nous reviendrons. Disons pour le moment que la salivation si abondante que nous constatons est due à un traitement hydrargyrique, indiqué par un charlatan qui avait persuadé au malade que son mal se liquéfierait par ce traitement.

L'alimentation par les solides est absolument impossible et depuis longtemps le malade ne prend que des aliments liquides. Ces derniers

même sont introduits avec la plus grande difficulté. La déglutition n'est possible qu'à la condition préalable d'introduire une certaine quantité de liquides ; mais aussitôt que le bol est vidé, il s'en écoule une grande partie, le tiers en moyenne de ce qui a été introduit dans la bouche.

Si l'on examine de plus près l'état de la langue, voici ce que l'on peut constater :

A la face supérieure, surface bourgeonnante, mamelonnée, de l'étendue d'une pièce de cinq francs, ne dépassant pas la ligne médiane, mais envahissant le bord droit de la langue : en avant de cette ulcération la muqueuse linguale est saine.

A la face inférieure, large ulcération, profonde, déchiquetée, à bords anfractueux, à fond gris, pultacé, saignant facilement. Cette face inférieure a été envahie beaucoup plus récemment et le mal a débuté par la face supérieure.

Les ganglions maxillaires ont subi un engorgement et une hypertrophie des plus considérables. On en trouve de plus le long du sterno-mastoïdien, non-seulement à droite mais à gauche. Il ne paraît pas possible d'intervenir désormais d'une manière efficace par l'instrument tranchant.

Ces désordres physiques sont accompagnés de lésions fonctionnelles non moins sérieuses. Outre les troubles mécaniques indiqués plus haut, il y a des douleurs atroces dans tout le cou, le côté droit de la face et dans la région cervico-occipitale. Le malade se plaint de *sensations douloureuses dans l'oreille droite*, sensations tout à fait *intolérables* et contre lesquelles tous les médicaments employés sont restés inefficaces. Ces douleurs sont intenses, surtout depuis que la face inférieure est envahie. Les souvenirs du malade sont très-précis à cet égard. Tous les renseignements sont donnés par écrit, car l'articulation des sons est devenue très-difficile, sinon impossible à cause des douleurs qu'elle provoque.

Traitement : lavages avec de l'eau alcoolisée, pansement avec de la charpie. Suppression du traitement mercuriel.

1er septembre : L'ulcération a fait des progrès notables ; celle de la face inférieure a grandi en profondeur et en superficie : la perforation de la langue est imminente.

La salivation a diminué ; mais le malade a une toux quinteuse, suivie de l'expuition d'une quantité considérable de crachats muco-purulents.

L'état général va s'affaiblissant malgré l'ingurgitation d'une quantité énorme d'œufs, de lait, de viandes réduites en bouillie.

15 septembre. — La perforation de la langue est complète; il reste un pont de substance bourgeonnante qui sépare l'ulcère de l'arcade dentaire.

25 septembre. — L'ulcération gagne en étendue, mais ne dépasse pas la ligne médiane. Du côté du bord droit, la destruction de la langue est complète. A ce moment, l'aspect du malade est véritablement hideux. La langue, n'étant soutenue que par sa moitié gauche, a subi un mouvement de torsion, et la partie extérieure, restée saine, reste suspendue au-devant de la lèvre inférieure, laissant entre les arcades dentaires une plaie énorme, bourgeonnante, grisâtre par place et saignant au moindre contact.

L'ingurgitation des liquides alimentaires est devenue impossible et le malade semble condamné à mourir d'inanition. Sur les instances du malade et de la famille, une résection de la langue est décidée, ce qui fut fait le 1er octobre. Cette opération, de nécessité, fut faite avec l'écraseur de Chassaignac. Une cautérisation, avec le thermo-cautère, empêcha toute espèce d'hémorrhagie.

2 octobre. — Le malade ferme la bouche, prend les aliments avec beaucoup plus de facilité et l'état général s'améliore. Cette amélioration passagère, facile à expliquer, donne au malade toute espèce d'illusion sur son état, qui ne tarde pas à s'aggraver.

15 octobre. — État local satisfaisant; la surface paraît complétement cicatrisée; l'*otalgie diminue d'intensité*, mais les douleurs cervico-occipitales continuent avec la même intensité.

30 octobre. — Les ganglions prennent des proportions énormes; l'un d'entre eux est gros comme un œuf de dinde. A sa surface, la peau est rouge, amincie; une perforation paraît imminente; avec cela, dyspnée intense, attribuée à quelque compression ganglionnaire; mais, en examinant de plus près, on trouve un épanchement considérable dans la plèvre droite, ayant envahi toute la cavité pleurale. Il nous a été impossible de constater la nature de cet épanchement, contre lequel il a fallu se contenter d'un traitement objectif par la teinture d'iode.

Novembre. — A partir de ce moment, l'état général a décliné progressivement. Des symptômes hectiques sont survenus et le malade a succombé dans un état de maigreur squelettique. Pendant cette période ultime : expectoration abondante de crachats purulents,

diarrhée, perte de l'appétit, douleurs toujours atroces, résistant à des doses de 0,10 et 0,15 centigrammes de morphine.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XVII

(Inédite)

Je dois la communication de cette note à la bienveillance inépuisable et bien connue de M. Tillaux.

M. F.... de B.... (Eure), âgé de 67 ans, portait à la partie latérale droite de la langue une surface ulcérée et végétante, qui avait été précédée, pendant plusieurs années, par une plaque blanche de psoriasis. Le malade se plaignait surtout de vives douleurs dans l'oreille droite. M. Tillaux pratiqua, le 5 janvier, l'extirpation de la tumeur à l'aide de l'écraseur linéaire, après avoir préalablement pédiculisé la tumeur à l'aide d'aiguilles qui en traversaient la base en sens divers. Aussitôt que le malade fut réveillé, il déclara qu'il ne souffrait plus de l'oreille et la douleur ne reparut plus.

OBSERVATION XVIII

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le professeur Verneuil, à la Pitié.

Le 3 juillet dernier, M. le docteur Védrine, médecin à Versailles, amenait à M. Verneuil un de ses clients âgé de 43 ans, marchand de vins. Grâce à l'obligeance de M. Védrine, nous avons pu recueillir les détails suivants sur ce malade. Il n'accuse pas d'antécédents personnels ou héréditaires intéressants. Il n'a jamais eu la syphilis et n'a jamais souffert des oreilles. Au mois de février dernier, il aperçut au-dessous de sa langue, du côté gauche, une petite élévation, peu grosse, mais assez dure. A ce niveau existait une dent qu'il a fait arracher. Dès cette époque, sans qu'il y eût d'ulcération, il a éprouvé des douleurs dans l'oreille gauche. Cette douleur avait les caractères suivants : elle était intense, puisqu'elle réveillait souvent le malade, mais elle était aussi spontanée, rapide, instantanée, comme un éclair;

c'est pendant la nuit surtout qu'elle se manifestait et qu'elle revenait au moins quatre ou cinq fois. Depuis elle a persisté, sans augmenter, ni diminuer, ni changer de caractère.

Longtemps elle a existé seule, mais il s'y est joint, depuis quelques jours, quelques douleurs dans la face du même côté. Aujourd'hui les deux tiers antérieurs de la langue sont pris, c'est-à-dire qu'ils sont le siége d'une induration profonde, occupant l'épaisseur de l'organe. De la partie supérieure de la base de la langue partent deux crevasses qui viennent se rejoindre en formant un V dont l'angle se trouve à la pointe de l'organe. Ces crevasses renferment une matière de couleur sale et sont assez profondes. En arrière, on sent aussi loin que l'index peut pénétrer, une induration semblable à celle qui occupe la partie antérieure. Les mouvements de l'organe sont absolument entravés. La langue est comme fixée au plancher de la bouche : il est impossible d'élever soi-même ou d'en faire élever la pointe. Nous avons vu du reste que l'épithélioma a débuté par la face inférieure. A l'extrémité gauche de la pointe, sur la face dorsale, légère ulcération superficielle. La salivation est assez abondante sans être trop exagérée. Le goût n'a pas subi d'altération, mais la déglutition est très-gênée, ce qui se comprend facilement par l'impossibilité de mouvoir la langue. La voix est nasonnée. La langue saigne facilement. Hier encore le malade a eu une hémorragie assez abondante ; il a remarqué qu'après ces hémorragies il souffrait moins et que la douleur d'oreille surtout le laissait plus tranquille.

Il y a un engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires, surtout à gauche; d'après le malade, cet engorgement serait de date récente.

M. Verneuil, après avoir confirmé le diagnostic d'épithélioma, conseille de se borner à l'emploi de palliatifs.

OBSERVATION XIX

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le professeur Broca, à l'hôpital Necker.

Goh..., 41 ans, paveur, occupe le n° 29 de la salle Saint-Pierre. Cet homme fume pour 0 fr. 50 centimes de tabac chaque jour depuis l'âge de 18 ans. Il a été soigné pour une angine il y a 16 ans, à l'hôpital Necker. Pas d'antécédents héréditaires, n'a jamais eu d'affec-

tion des oreilles. Il y a 5 mois, il remarqua à la pointe de la langue et vers la ligne médiane, un bouton induré qui fut bientôt suivi de plusieurs autres, mais occupant alors la face inférieure. Très-peu de temps après ce début, un mois environ, il ressentit de la douleur dans les deux oreilles : cette douleur qu'il éprouve encore aujourd'hui n'est pas très-vive et n'apparaît pas exclusivement la nuit : le malade en souffre aussi quelquefois pendant le jour. Sa fréquence est très-variable. Le mal s'est étendu d'abord à la face inférieure ; ee n'est que plus tard qu'il a envahi la face dorsale ; il n'a jamais été limité à une moitié de l'organe et paraît avoir envahi simultanément les deux côtés. Aujourd'hui on remarque d'abord, pour la langue, l'impossibilité presque absolue de faire le moindre mouvement ; elle paraît collée par sa face inférieure au plancher de la bouche. Toutefois, en introduisant le petit doigt entre ces deux surfaces, on sent une induration qui s'étend profondément ; le filet est détruit, et le doigt pénètre très-loin : on sent la face inférieure de l'organe rugueuse, inégale, anfractueuse, et très-dure. La face dorsale est comme creusé par une large gouttière qui occupe longitudinalement sa partie moyenne, et au milieu de laquelle la ligne médiane fait une légère saillie : cette partie de l'organe est très-dure, comme atrophiée, ce lésions s'étendent en diminuant de largeur jusqu'à la portion verticale. De chaque côté de cette sorte de gouttière, les bords de la langue sont élevés, formant comme un bourrelet sur lequel se voient les empreintes des dents correspondantes. Vers la pointe, sur la face dorsale et à gauche de la ligne médiane, existe une excavation profonde, étroite, creusée à pic, d'où il sortait autrefois du pus, au dire du malade. La langue a une couleur gris-sale à peu près uniforme, excepté sur les bords, où elle est rouge. Elle saigne souvent et abondamment ; ces hémorrhagies ont lieu par la face inférieure. Il n'y a pas d'altération du goût. Alimentation très-gênée, les liquides seuls peuvent être absorbés. Engorgement ganglionnaire considérable des deux côtés depuis trois mois. Toute la région sus-hyoïdienne est dure à gauche les ganglions du cou eux-mêmes sont pris.

Epithélioma de la langue. — Gargarisme au perchlorure de fer,

OBSERVATION XX
(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. Cruveilhier, à la maison Dubois.

X..., 59 ans, employé, n'a pas d'antécédents morbides, fume vingt grammes de tabac chaque jour. C'est un homme vigoureux, ordinairement bien portant : il y a maintenant six mois qu'il remarqua une petite ulcération à l'endroit où existe aujourd'hui l'épithélioma. Depuis longtemps sa langue est le siége de plaques nombreuses de psoriasis buccal. Les douleurs irradiées remontent à quelques jours, seulement le malade ne se rappelle pas le moment précis où elles ont commencé. Ces douleurs sont hémifaciales; elles occupent la moitié de la face correspondante, la moitié du front et, en arrière, la moitié de la nuque ainsi que la partie postérieure du cou. La langue est couverte de plaques blanches (psoriasis) ainsi que la face interne des lèvres et des joues. L'ulcération occupe la pointe, à gauche de la ligne médiane qu'elle respecte absolument; le malade se rappelle bien qu'il avait là, depuis très-longtemps, une plaque de psoriasis. Elle est de forme ovale, occupe toute la largeur de la moitié gauche jusqu'au bord, et s'étend sur une longueur d'un centimètre et demi environ dans le sens longitudinal de l'organe. Elle est assez superficielle, peu profonde : le fond a une couleur gris-jaunâtre avec des petits points rouges saillants. Les bords en sont un peu élevés par rapport au centre, mais elle n'est pas taillée à pic ; elle repose sur une base indurée. Ajoutons qu'elle n'a jamais saigné. En avant, du côté gauche également, à deux centimètres en arrière de la symphyse, on sent une tumeur dure, donnant la sensation de l'os, adhérente au bord inférieur et à la face postérieure du maxillaire, qui est apparue tout récemment. A ce niveau, la peau a la coloration normale, mais elle est adhérente à la tumeur; elle rappelle un peu la peau d'orange des cancers du sein.

La salivation est très-légèrement augmentée, non fétide. Il n'y a pas d'altération du goût. Le malade qui n'avait jamais eu aucun symptôme d'une affection quelconque des oreilles, en souffre depuis quelques jours seulement. La douleur qu'il éprouve est très-vive, ainsi du reste que les autres irradiations douloureuses. Elle se montre à des moments variés de la journée; cependant elle est le plus souvent nocturne. Adénopathie sous-maxiliaire du côté correspon-

dant de date récente, les ganglions engorgés sont douloureux. La déglutition est peu entravée.

En résumé, épithélioma bien limité, mais marchant assez rapidement. M. Cruveilhier se dispose à opérer, mais le malade, après avoir consenti, s'y refuse au dernier moment.

Nous croyons avoir démontré suffisamment par les observations qui précèdent l'extrême fréquence des douleurs d'oreille dans l'épithélioma lingual. Nous désirons montrer maintenant que nous n'avons pas été seul à remarquer ce symptôme, et que beaucoup d'observateurs, sans y attacher autant d'importance que nous, parce qu'ils ne les avaient pas en vue spécialement, les ont cependant signalées et en ont tenu un certain compte. C'est ainsi qu'en 1839, dans un journal anglais, Arnott[1] insérait une observation de tumeur cancéreuse de la langue, traitée et guérie par la ligature, où elles sont nettement indiquées. Nous ne rapporterons par l'observation en entier : le commencement surtout est intéressant pour la thèse que nous soutenons. On en trouvera la traduction d'abord dans les Archives de 1840[2] puis dans la thèse de M. Maisonneuve[3] : « Hannah H***, 15 ans, fut admise à l'hôpital de Middlesex, le 8 mai 1838. Elle avait le côté droit de la langue occupé par une tumeur qui faisait saillie au-dessus et au-dessous de la surface de cet organe et s'étendait en arrière jusqu'à un demi pouce de l'isthme du gosier, s'engageant par les côtés, entre les arcades dentaires. Le volume et la forme de cette tumeur se rapprochaient assez d'un œuf de

1. *Médico-chirurgical transactions of London.* Vol. XXII. 1839.
2. *Archives gén. de méd.* p. 103. 1840.
3. Maisonneuve. Thèse de concours. *Des tumeurs de la langue*, p. 166. 1848.

poule, mais sa surface était irrégulière, sa couleur était pourpre, et dans quelques points seulement d'un gris-jau nâtre, ce qui tenait surtout à l'épanchement de lymphe sous la muqueuse de la langue. A la partie postérieure existaient des excroissances de forme verruqueuse, tandis qu'en avant ces saillies avaient l'apparence de vésicules. Dans son étendue, cette tumeur était solide, dure et résistante àla pression, la douleur était vive, *et se prolongeait jusque vers l'oreille.* De fréquentes pertes de sang avaient lieu par la partie malade etc.... Les ganglions lymphatiques n'étaient pas développés, et la malade avait du reste bonne mine. Elle n'avait jamais été menstruée, etc..... » La suite de l'observation est consacrée aux détails de l'operation pratiquée par James Arnott.

L'année qui précéda celle où fut opérée cette malade, en 1838, Roux fit aussi l'ablation d'une tumeur cancéreuse occupant toute la moitié gauche de la langue, et en publia l'observation l'année suivante dans la *Gazette médicale*[1]. Les douleurs d'oreille s'y trouvent nettement indiquées; nous en détachons le passage qui nous intéresse : « Le nommé Sourceau, 35 ans, tonnelier, entra à l'Hôtel-Dieu, le 24 mai 1838..... Il consomme au moins 1/2 once de tabac par jour et place ordinairement sa pipe du côté gauche de cet organe. Sourceau sentit d'abord des picotements incommodes, qui se transformèrent peu à peu en douleurs lancinantes ; *celles-ci s'irradièrent bientôt vers l'oreille gauche* et *prirent une grande intensité, sans cependant troubler l'audition.* La pression sur la mâchoire causait un peu

1. Ablation d'une tumeur carcinomateuse, occupant toute la moitié gauche de la langue : ligature préalable, guérison. Par M. Roux, *in Gazette médicale*, 1839.

de douleur, mais les mouvements de la langue et du pharynx s'exécutaient sans difficulté, etc..... » Le reste est consacré à la description de l'opération pratiquée par Roux. Comme Arnott, le chirurgien français avait été frappé par ces irradiations douloureuses vers l'oreille ; il les décrit même moins incidemment, et elles arrêtèrent un instant son attention, puisqu'il prit le soin de constater que l'audition, chez son malade, était normale.

L'*Abeille médicale* de 1848 contient une observation de cancer de la langue, rapportée à la Société de médecine d'Anvers par le docteur Heylen. Il s'agit d'un homme de 64 ans qui portait, vers la partie postérieure du bord gauche de la langue, une ulcération à bords inégaux, renversés et à fond sale, grisâtre. Cette ulcération était le siége de douleurs lancinantes qui se propageaient dans l'oreille correspondante et la nuque.

Dans sa thèse inaugurale publiée en 1856,[1] un élève de l'école de Paris, le docteur Robert, donne une xcellente description des douleurs irradiées qui ont pour cause l'épithélioma. Il y ajoute un souvenir personnel : « Un malheureux curé de campagne, dit-il, que je vis avec mon père, et qui succomba à une affection cancéreuse développée dans la base de la langue, offrait un tableau effrayant des souffrances quelquefois insupportables qui accompagnent cette maladie ; on le voyait, tourmenté par des douleurs atroces dans le cou et *dans l'oreille correspondante,* se précipiter hors de son lit et se rouler sur le parquet dans un état d'exaspération pitoyable. » (p. 26). Ici également la douleur d'oreille a frappé l'observateur

1. Robert. *Du cancer de la langue.* Th. de Paris. 1856.

qui, du reste, la mentionne encore dans deux observations personnelles faisant partie du même travail. L'observation XII est surtout intéressante : « Mme R... 49 ans. Apparition d'un point excorié sur le bord gauche de la langue, vers le mois de février 1854.... Le mal fit des progrès malgré les cautérisations et les frictions avec le calomel. Il y avait des douleurs s'irradiant dans tout le côté de la tête, dans la gorge, *dans l'oreille*, dans la joue; l'induration comprenait déjà plus d'un tiers de la longueur de la langue lorsque la malade consentit à l'opération. Du reste, pas d'engorgement ganglionnaire. Toutes les parties malades sont enlevées à l'aide de fort ciseaux et du bistouri, puis cautérisation à plusieurs reprises avec un fer chauffé à blanc. L'opération fut-très heureuse, et la malade a paru pendant quinze jours dans de bonnes dispositions, mais la plaie n'a jamais été cicatrisée. Le mal a repris en se portant à la base de la langue et au voile du palais ; les *douleurs de tête et d'oreille* sont devenues insupportables. Morte par épuisement cinq mois après l'opération. » On voit combien cette observation est intéressante. L'auteur n'y constate pas seulement les douleurs qui nous occupent, il nous apprend encore ce qu'elles sont devenues après l'opération ; nous aurons du reste à y revenir. L'observation XIV, personnelle à l'auteur comme la précédente, est également à résumer ; il s'agit d'un étudiant en médecine, âgé de 33 ans, atteint d'un cancroïde dont le début remontait à huit mois : « Bientôt une grande partie de la langue se trouva prise. Des douleurs se déclarèrent en même temps, dans la langue et *dans les oreilles;* des cautérisations furent faites, un traitement anti-syphilitique fut prescrit sans aucun résultat. » Le malade fut enfin

opéré par Nélaton et mourut peu de temps après l'opération.

Depuis cette thèse, bien qu'un certain nombre de monographies aient été publiées[1] sur le cancer de la langue, nous ne trouvons plus trace de la douleur d'oreille jusqu'en 1868, époque où M. Bouisson, dans l'article du dictionnair encyclopédique que nous avons déjà cité, les signale, non plus dans le cours d'une observation, où elles peuvent s'imposer par leur intensité, mais cette fois, dans une description symptomatologique du cancer de la langue ; seulement, chose assez surprenante, c'est en décrivant l'encéphaloïde qu'il les mentionne. « Arivé à sa période d'évolution, dit-il, il (l'Encéphaloide) se développe avec rapidité. La tumeur grossit sans relâche, elle devient molle, comme fluctuante; alors les douleurs lancinantes ou térébrantes se montrent avec une acuité qui rend tout sommeil impossible; *elles se propagent vers l'oreille* ou sur la base du crâne. Au ramollissement brusque succède une ulcération etc..... »

En 1872, M. Th. Auger publie sa thèse pour le concours d'agrégation[2], et donne à l'existence de la douleur d'oreille l'importance qu'elle mérite pour le diagnostic des affections de la langue. En effet, après avoir décrit les débuts de l'épithélioma, il ajoute : « L'ulcération s'est établie, et les douleurs, d'abord locales, ne tardent pas à s'irradier au loin. Il me semble qu'on n'a pas assez mis en relief

1. *Voy.* Lenoël. Th. de Paris, 1851 ; *voy.* Boyer, Th. de Paris, 1865 ; *voy.* Miallet, Th. de Paris. 1865 ; *voy.* Capmas, Th. de Paris. 1866, et un assez grand nombre d'observations rapportées dans les bulletins des diverses sociétés savantes.

2. Th. Anger. *loc. cit.* p. 70.

ces élancements douloureux qui vont dès lors constituer un élément important de diagnostic. » Insistant ensuite sur celles de ces irradiations qui se dirigent vers l'oreille, il en cherche la cause anatomique et ajoute, comme conclusion : « On peut considérer comme un fait acquis et très-fréquent l'existence des douleurs d'oreille qui accompagnent le développement de l'épithélioma lingual et constituent un signe important pour le diagnostic de cette affection. » Il les signale du reste dans plusieurs observations.

Depuis le travail de M. Anger, on trouve les douleurs d'oreille mentionnées dans :

1° La thèse de M. Chauvin[1] publiée en 1874, « L'épithélioma interstitiel, lit-on à la page 36, se creuse dans l'épaisseur de la langue une excavation à bords épaissis, etc... Les troubles fonctionnels consistent, à la période d'ulcère confirmé, en douleurs d'oreille vives et lancinantes, en cuissons intolérables par le séjour des parcelles alimentaires, etc...

2° L'article *Langue* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, par Demarquay. On y lit, page 165 : « Des douleurs lancinantes, presque continues, s'irradiant de préférence vers l'oreille, accompagnent aussi le développement du cancer. »

3° La thèse publiée par M. Hugonneau en 1876[2]. On y trouve l'observation, recueillie dans le service de M. Vidal, du nommé Defaut, dans laquelle l'auteur, après avoir fait

1. Chauvin. *Des ulcérations de la bouche et de leur diagnostic.* Th. de Paris. 1874.

2. Hugonneau. *Étude clinique sur la glossite interstitielle syphilitique.* Th. de Paris. 1876.

l'histoire des antécédents du malade qui est arthritique, hémorrhoïdaire, et avoir décrit les lésions de la langue, note des « douleurs lancinantes, vives, dans l'oreille du côté droit, » c'est-à-dire du côté où sur la langue existaient deux ulcérations. Le malade est opéré une première fois par M. Duplay, une seconde fois par M. Nicaise, et l'examen microscopique permet de poser le diagnostic suivant : Glossite chronique psoriasiforme chez un arthritique, terminée par un épithélioma. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette thèse, et nous regrettons d'être obligés de raccourcir cette observation intéressante pour plusieurs raisons ;

4° Enfin, l'année dernière, M. A. Fournier a publié, dans le journal la *France médicale*, un travail sur les glossites tertiaires, où il est fait mention des douleurs d'oreille au point de vue du diagnostic différentiel de ces lésions avec l'épithélioma : nous nous contentons d'en prendre note ici, nous y reviendrons dans notre deuxième chapitre.

§ 2. — *Caractères de la douleur d'oreille.*

Dans chacune des observations qu'on vient de lire, nous nous sommes efforcé de décrire aussi exactement que possible l'apparition, la durée, les modifications, l'intensité des irradiations douloureuses vers l'oreille. Nous avons déjà insisté sur leur fréquence ; en ne tenant pas compte de l'observation 6 qui provient de notes prises antérieurement, on a vu que nous avons pu signaler ce symptôme 17 fois sur 19 ; or, ces 19 cas n'ont pas été choisis et triés spécialement pour notre thèse. Ils représentent 19 cancers de la langue pris au hasard, puisque nous

avons recueilli tous ceux qui se sont présentés à notre observation depuis le mois de janvier, sans en omettre un seul. Nous croyons donc ne pas trop nous avancer en affirmant l'existence très-fréquente du symptôme dont il s'agit. Mais, en lisant nos observations, on a fait sans doute la remarque suivante : il est des cas dans lesquels il s'est établi d'emblée, en même temps que la lésion, d'autres dans lesquels il a mis un certain temps à se manifester. Ainsi dans les observations 2 et 8 il a paru 5 mois après le début de l'épithélioma, près de 30 mois après dans l'observation 11, etc., dans les observations 3, 7 et 13, au contraire, le malade l'a ressenti en même temps qu'il s'apercevait de son mal. L'homme dont il est question dans l'observation 4 l'éprouvait déjà avant que son attention eût été attirée sur sa langue. Nous avons déjà proposé une explication de ces faits qui paraissent contradictoires : il ne nous semble pas impossible d'admettre que, pour voir apparaître la douleur dont il s'agit, il faut que l'organe soit lésé dans son parenchyme, et qu'une végétation superficielle ne suffit pas pour y donner lieu. C'est pour cela que nous avons divisé le cancer en papillaire et interstitiel, division qui est du reste celle de M. Anger. Dans les cancers secondaires, c'est-à-dire quand l'épithélioma n'a pas pris naissance primitivement dans l'organe, qu'il n'y est arrivé que progressivement, on a vu que l'irradiation douloureuse a coïncidé toujours exactement avec l'extension morbide. L'observation 14, surtout, est d'autant plus intéressante qu'elle avait frappé des personnes prévenues et qui ont pu s'assurer, lorsque le malade s'est plaint de son oreille, que la lésion s'était, en effet, depuis deux jours, étendue jusqu'à la langue.

Tous les malades n'ont pas gardé un souvenir précis de la première apparition de cette douleur; n'ayant antérieurement jamais souffert des oreilles, leur langue les préoccupe souvent trop pour qu'ils puissent donner leur attention à une sensation si rapide; inutile d'ajouter que la relation entre ces deux organes leur échappe absolument. Dans notre première observation, cependant, soit que le sujet fût plus attentif, soit que la première atteinte douloureuse eût été plus vive, on trouve nettement indiqué le moment précis où elle a eu lieu. Le malade a été réveillé brusquement, et en cela cette première attaque a eu ce caractère commun à toutes les autres, elle a été nocturne. C'est là un fait qui s'est reproduit dans presque toutes nos observations; quand la douleur est assez violente, elle réveille le malade, quand elle est d'intensité moyenne ou faible, c'est-à-dire insuffisante pour vaincre le sommeil, ses apparitions ont lieu le soir ou le matin, avant ou après le repos, mais toujours quand le malade est au lit. Cette particularité pourrait même servir à mesurer son intensité, car il faut, en effet, qu'elle soit très-violente, pour empêcher le malade de dormir ou plutôt pour le réveiller en sursaut. Mais nous croyons que deux degrés ne suffiraient pas pour classer cette intensité, et nous aimerions mieux dire qu'elle peut être : intense, cas dans lesquels elle réveille le malade; moyenne, quand le malade la ressent vivement sans qu'elle le réveille, et faible, comme par exemple dans le cas de l'homme qui croyait avoir une puce dans le conduit auditif. Remarquons aussi qu'une ulcération n'est pas nécessaire pour qu'elle se produise et qu'elle est toujours spontanée, c'est-à-dire qu'elle se produit sans l'intervention d'un mouve-

ment de l'organe ou d'un corps étranger. Sa fréquence n'est pas toujours en rapport avec son intensité, au contraire, elles paraîtraient quelquefois être plutôt en raison inverse : Ainsi dans l'observation 1 la douleur d'oreille est des plus vives, mais elle ne revient que 3 ou 4 fois par nuit; dans les observations 3 et 7, au contraire, elle est à la fois intense et fréquente. Un de ses caractères distinctifs consiste dans sa rapidité; la plupart des malades la comparent à un éclair. Rien ne l'annonce, rien ne la suit immédiatement, elle disparaît avec autant de promptitude qu'elle était venue, et dans les intervalles qui existent entre ses diverses apparitions il n'en reste absolument que le souvenir. Encore ce souvenir est-il quelquefois bien léger, quand le malade a tant d'autres sujets d'inquiétude; s'il sent, par exemple, son alimentation compromise. Aussi le chirurgien est-il obligé, dans presque tous les cas de la rechercher pour la constater, ce qui explique qu'on l'ait passée sous silence dans le plus grand nombre des observations. Nous l'avons aussi toujours vue siéger du côté correspondant à la lésion de la langue, quelquefois des deux côtés, quand l'épithélioma n'avait pas respecté la ligne médiane, ce qui du reste, est assez rare; quand on demande aux malades de bien indiquer l'endroit où ils la ressentent, ils désignent généralement le fond du conduit. Elle ne s'accompagne d'aucune altération de l'ouïe; cependant, dans notre observation 5, le malade se plaint d'avoir perdu un peu de la finesse de ce sens, mais c'est là une assertion que nous n'avons pu contrôler, et, dans tous les cas, une exception.

Avec ces principaux caratères, nous croyons qu'on ne

confondra pas la douleur symptomatique du cancer de la langue avec toutes celles qui peuvent être causées par une lésion de l'oreille même. Nous ne parlons pas de l'otite, de l'otorrhée, qui s'accompagnent de signes extérieurs, tels que l'écoulement se faisant par le conduit auditif. Mais nous parlons des obstructions de la trompe, des bouchons de cérumen, qui donnent lieu à des troubles dans l'organe de l'audition. Or, 1° ces affections s'accompagnent d'un certain degré de surdité; 2° ils donnent lieu à des bourdonnements qui ne ressemblent en rien à la douleur névralgique qui nous occupe. Car telle nous paraît être en réalité sa nature, révélée par les caractères que nous venons de passer en revue : ce n'est pas autre chose que la première et iltu la pmportante de ces irradiations douloureuses qui, à ce qu'on a appelé la période confirmée du cancer, font éprouver tant de souffrances aux malades, et qui ont été désignées sous le nom de douleurs lancinantes, etc. Son caractère particulier, original, consiste dans sa localisation à peu près constante dans un point précis où l'on peut presque toujours la retrouver, et dans l'époque prématurée où elle se manifeste : nous croyons que ces deux particularités lui donnent une valeur diagnostique incontestable. Elle s'explique du reste assez facilement : ne paraît-il pas naturel en effet, que les rameaux nerveux contenus dans l'organe même soient impressionnés immédiatement, dès que l'altération morbide a débuté, tandis qu'il faudra des lésions plus étendues et par conséquent un temps plus long, pour que la même impression arrive aux nerfs extérieurs, non contenus dans l'organe?

Il est enfin une question qui présente un certain intérêt : que devient l'otalgie à mesure que l'épithélioma progresse?

C'est encore d'après nos observations que nous répondrons. Dans la moitié des cas à peu près (6 fois sur 11), elle n'a ni augmenté, ni diminué ; une fois elle est devenue plus fréquente ; deux fois, elle est devenue manifestement plus vive, et enfin elle paraît avoir diminué dans deux autres observations. Notons que dans ces deux derniers cas, elle s'était cependant établie d'emblée avec une grande vivacité. Nous ne voyons pas à quelle cause se rattache cette marche si différente. Nous ne trouvons pas plus, d'ailleurs, d'explication pour ce second fait : que sur quatre malades qui ont été opérés, et que nous avons pu suivre, trois fois (obs. XI, XVI et XVII), les douleurs ont cessé après l'ablation du cancer, tandis qu'une fois (obs. III) elles ont paru prendre, après l'opération une intensité plus considérable. On a vu dans l'observation XII, de M. Robert, qu'il en avait été de même pour sa malade. Peut-être faut-il attribuer des résultats si différents à l'époque où le malade a été de nouveau observé. La disparition de l'otalgie peut n'être que momentanée, et on la voit peut-être nécessairement reparaître au bout d'un temps plus ou moins long, suivant la rapidité avec laquelle se reforment les productions épithéliales.

CHAPITRE II.

Nous commencerons la revue des principales affections autres que le cancer dont la langue peut-être atteinte, par les ulcères tuberculeux que l'on y rencontre assez fré-

quemment. Ces ulcères ne sont pas connus depuis très-longtemps et ont dû donner lieu à bien des méprises : on s'en convaincra en lisant l'observation si intéressante lue à l'Académie de médecine, en 1869, par M. le professeur Trélat[1]. Ce sont eux que Ricord a décrits sous le nom de phthisie buccale, et que M. Julliard a étudiés dans sa thèse inaugurale[2] Plus récemment, en 1872 et en 1876, notre maître, M. Féréol, en a rapporté deux observations à la Société de médecine des hôpitaux[3]. Dans ces différentes études, nous n'avons pas trouvé signalée, à propos d'ulcérations de cette nature occupant la langue, l'existence de douleurs d'oreille. M. Julliard dit même (pag. 29): « Lorsque les ulcérations siégent sur la langue,... pour tout symptôme, le malade éprouve une douleur locale plus ou moins vive, exagérée par le contact des matières alimentaires ou le frottement des dents, et dont l'intensité est proportionnée à la profondeur, à l'étendue, au nombre des ulcérations. Quelquefois les ganglions sous-maxillaires s'engorgent et deviennent douloureux. » Cette phrase nous paraît très-claire; l'auteur a certainement recherché les différentes manifestations douloureuses auxquelles donne lieu l'ulcère tuberculeux, et n'a trouvé qu'une douleur locale. Plusieurs observations viennent confirmer cette manière de voir[4]. Nous devons à l'obligeance d'un

1. Note sur l'ulcère tuberculenx de la bouche et en particulier de la langue, par U. Trélat, lue à l'Académie le 27 nov. 1869, *in Archives génér. de méd.* 1870.

2. *Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phthisie pulmonaire*, par Julliard. Th. de Paris. 1865. n° 176.

3. Ulcération tuberculeuse de la langue par Féréol *in Union méd.*, 1872 et 1876, même recueil.

4. *Voy.* aussi : Bourcheix. Th. de Paris. 1870 ; Pouzergues. Th. de Paris. 1873 ; Lambert. Th. de Paris. 1877 et différentes séances de la

de nos amis l'observation suivante d'ulcérations tuberculeuses de la langue.

On verra que le malade n'a jamais rien présenté qui ressemblât à de l'otalgie, quoique les lésions fussent nombreuses et profondes.

OBSERVATION XXI.

(Inédite).

Recueillie par M. Dupont, externe du service de M. Lancereaux, à l'hôpital Saint-Antoine.

Dilosq.... (Thomas), 37 ans, boulanger, est entré le 1er avril et couché au n° 23 de la salle Saint-Antoine.

Antécédents. — Pas de maladies antérieures. Père et mère morts à la suite de maladies inconnues au malade. Un frère mort d'une affection du foie à l'âge de 32 ans. Venu à Paris il y a 17 ans : exerce depuis son arrivée la profession de boulanger ; il vivait bien, logeait avec sa femme et sa fille dans un logement bien aéré. Sa fille se porte bien : un autre enfant qu'il a eu est mort du croup à l'âge de 7 mois. Il boit deux litres de vin par jour en moyenne. Depuis longtemps déjà il a remarqué qu'il s'enrouait et s'enrhumait facilement. mais c'est surtout il y a 4 mois que sa santé est devenue mauvaise; Il s'est amaigri, a été pris de toux et de diarrhée. Jamais il n'a eu de vomissements ni d'hémoptysie ; pas de transpiration nocturne : il a quitté son travail il y a seulement un mois. A l'auscultation, vastes cavernes aux deux sommets : induration du reste du poumon. Le malade éprouve depuis longtemps déjà une certaine gêne dans la déglutition, mais il y a un an environ qu'il a vu sur sa langue un point blanc, qui a été le point de départ de l'une des ulcérations actuelles. Aujourd'hui celles-ci sont multiples : l'une occupe la pointe de l'organe sur la face dorsale ; les bords sont arrondis, très-rouges, indurés; la cavité est profonde, à fond grisâtre : on en aperçoit encore deux autres formant par leur réunion une raie transversale en arrière : ces deux dernières sont plus récentes et superficielles.

Soc. méd. des hopitaux : ainsi que M. Bucquoy, 1863 et 1877 ; Isambert 10 octobre 1873, etc.

Le malade éprouve un peu de gêne locale, mais pas de douleur spontanée : il n'a jamais éprouvé rien qui ressemblât à des irradiations vers l'oreille.

Autopsie le 7 avril. — Outre les ulcérations linguales, signalées pendant la vie, on en trouve d'autres superficielles à la base de la langue autour de l'épiglotte. Nombreuses granulations dans le vestibule de la glotte. A la partie postérieure des cordes vocales, on constate deux ulcérations conduisant dans des cavernes situées au-dessous des aryténoïdes. Les cordes vocales inférieures, épaissies, sont transformées dans toute leur étendue en tissu lardacé. L'aryténoïde droit est ossifié, surtout à sa partie inférieure et au niveau de l'articulation crico-aryténoïdienne. Le gauche est complétement détruit à sa partie inférieure.

Ossification du cricoïde.

Poumons. — Présentent aux sommets deux grosses cavernes du volume d'un poing. Dans le reste de leur étendue, infiltration tuberculeuse généralisée, plus discrète en arrière et aux bases.

Cœur. — Renferme des caillots fibrineux. Cœur droit, légèrement dilaté. Cœur gauche normal. — Foie congestionné. — Reins congestionnés se décortiquant facilement. — Rate grosse, indurée. Cerveau sain. — Méninges saines. — Petit Kyste séreux du volume d'un pois à la partie postérieure du noyau caudé.

Syphilis. — Les manifestations de la syphilis donnent lieu, sur la langue, à des lésions plus variées que celles de la tuberculose. On y trouve et l'accident primitif et les plaques muqueuses, ainsi que les tubercules et les gommes. — Nous n'avons pu nous procurer d'observation de chancre de la langue, dans lequel les douleurs d'oreille aient été recherchées. Nous devons donc nous borner à constater leur absence dans les descriptions que nous en donnent les auteurs. Cependant nous avons recueilli la note suivante, qui n'est pas sans intérêt à ce point de vue, si l'on veut bien s'en rapporter au souvenir de la malade.

OBSERVATION XXII.

(Personnelle).

Recueillie dans le service de M. Martineau, à l'hôpital Lourcine.

X.... Marie, 30 ans, occupe le n° 39 de la salle Saint-Alexis. Cette malade a été atteinte, il y a 3 ans, d'un chancre spécifique occupant le filet et la face inférieure de la langue. Actuellement on sent sur le bord droit de cet organe, vers la pointe, un tubercule assez volumineux et dur. Il n'occasionne du reste qu'un sentiment de gêne très-modérée, aucune douleur, et diminue sous l'influence du traitement. La malade affirme très-nettement n'avoir rien ressenti dans les oreilles, ni depuis l'apparition du tubercule, ni au moment de l'accident primitif qui ne remonte pas du reste à bien longtemps et dont la malade a parfaitemeut conservé le souvenir.

Nous trouvons de plus l'observation suivante dans des notes qui ont été prises pendant notre externat dans le service de M. Tillaux, à Lariboisière :

OBSERVATION XXIII.

Sarc..., Xavier, 36 ans, garçon de magasin, occupe depuis le 8 janvier 1876 le n° 29 de la salle Saint-Augustin. Cet homme est atteint d'un chancre spécifique de la langue datant de 8 jours. On constate sur la partie antéro-latérale droite de la langue, à deux millimètres environ de la pointe, une ulcération superficielle, à bords nets et réguliers, de forme arrondie. Cette ulcération est unique et repose sur une induration caractéristique. Engorgement indolent d'un ganglion sous-maxillaire. Roséole. Folliculite au niveau du sternum. Céphalée nocturne.

Aucune douleur irradiée n'est signalée dans cette note. Si l'on veut consulter des observations plus détaillées que nous ne pouvons rapporter ici, on en trouvera dans les auteurs suivants : Ricord, *Traité pratique des maladies vénériennes* (1838), page 152. — Buzenet, *Du chancre de la bouche*, 3 observ. Th. de Paris, 1858. — Fournier, *Leçons sur le chancre*, 12 observ. etc.

Quant aux plaques muqueuses, ce sont des lésions superficielles, et on conçoit *a priori* qu'elles n'occasionnent pas d'irradiations douloureuses. Nous ne nous y arrêterons pas, et nous prierons le lecteur de se reporter à la thèse de M. Saison[1]. On trouvera dans ce travail un certain nombre d'observations très-complètes et très-intéressantes, où sont signalées et étudiées les différentes lésions secondaires par lesquelles la syphilis peut se manifester sur la langue. On pourra constater que, dans aucune d'elles, la coïncidence de l'otalgie n'a été observée, même lorsque ces lésions comprenaient des ulcérations et des crevasses profondes (Obs. I, III, IV et IX). On y trouvera également des observations de tubercules syphilitiques de la langue, à propos desquels on pourra faire la même remarque. Du reste, comme ces faits ne sont pas très-rares, nous avons pu en observer deux cas. Nous allons les rapporter brièvement, en ne nous arrêtant que sur le point qui nous intéresse spécialement.

OBSERVATION XXIV.

Personnelle.

Recueillie dans le service de M. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis

X...., 35 ans, garçon marchand de vin, est entré à l'hôpital, salle Saint-Jean, pour des tubercules superficiels ulcérés au podex et entre les doigts de pieds ; il porte à la paume des mains et à la plante des pieds des ulcérations de même nature, c'est-à-dire syphilitiques. L'accident primitif a eu lieu il y a 12 ans, alors que le malade était soldat en Afrique. Il fut soigné à l'hôpital militaire de Tlemcen et depuis n'a jamais fait aucun traitement. Il avoue des habitudes d'alcoolisme, surtout dans ces derniers temps. Sur la

1. Saison. Th. de Paris. 1871. *Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue.*

langue, près de la pointe, du côté droit, existe une ulcération superficielle de la grandeur d'une pièce de vingt centimes. Quatre autres ulcérations analogues occupent transversalement, d'un bord à l'autre, toute la partie moyenne de la langue. Ces ulcérations lui font éprouver quelques douleurs locales, mais il n'a jamais eu de douleurs irradiées d'aucune espèce, ni particulièrement de douleurs d'oreille.

ORSERVATION XXV.

(Personnelle).

Recueillie dans le même service.

Au n° 16 de la salle Saint-Jean, est couchée la femme X...., 40 ans, marchande des quatre-saisons. Cette malade a déjà été soignée autrefois par M. Vidal. Elle n'avoue pas d'accident primitif mais les accidents actuels et ceux qui l'ont amenée antérieurement déjà à l'hopital ne laissent pas de doute sur la nature de son affection. Il y a 2 ans, elle eut une parésie de la 3° paire avec chute de la paupière. Aujourd'hui, elle se plaint de douleurs ostéocopes et présente une éruption papulo-squammeuse assez abondante du cuir chevelu. Sa langue est malade depuis bien des années; elle a eu des gommes développées dans cet organe, puis un épaississement suivi de crevasses profondes, saignant facilement et quelquefois si abondamment qu'il a fallu recourir aux badigeonnages avec la perchlorure de fer. Aujourd'hui, sa langue est fissurée en long et en travers; elle présente des crevasses peu profondes, entourant des îlots indurés du tissu de l'organe. Elle n'a jamais eu la moindre douleur dans les oreilles.

Dans un mémoire lu à la Société de médecine de Paris, M. Lagneau fils [1] a rapporté 10 observations de lésions syphilitiques de la langue. On ne trouve nulle part aucune douleur ressemblant à celle qui nous occupe. Dans une de ces observations (obs. 6), l'auteur, M. Ricord, fait remarquer qu'en général ces tumeurs déterminent plutôt

1. Lagneau fils. Mém. lu à la Soc. de méd. de Paris *in Gaz. hebdom.* 1859, tome VI.

de la gêne que de la douleur. Dans son *Tribut à la chirurgie*[1], M. Bouisson déclare qu'elles sont indolentes et, dans une seule observation, M. Ricord note une « sensation de tension pulsative » assez douloureuse[2]. Nous trouvons dans une thèse portant la date de 1858[3] les lignes suivantes qui confirment encore l'indolence des tumeurs gommeuses de cet organe : « La maladie se conduit d'ailleurs à la langue comme partout ailleurs, sans que le sujet en soit averti *par aucune sensation* douloureuse, la langue devient dure, se bossèle en un ou plusieurs endroits, etc... Peu à peu les gommes subissent un travail de ramollissement du centre à la circonférence, et tombent en suppuration..... le malade cependant n'éprouve pas de ces douleurs lancinantes qui sont l'accompagnement à peu près obligé du cancer. »

L'auteur d'une thèse que nous avons déjà eu l'occasion de citer est bien plus affirmatif encore[4]; il connaît l'existence fréquente de l'otalgie concurremment avec l'épithélioma lingual, et il sait aussi que son absence est la règle dans les affections syphilitiques; aussi, dit-il à propos du cancer : « le malade éprouve deux sortes de douleurs, les unes purement locales, vives lancinantes, spontanées, les *autres irradiées dans l'oreille du côté correspondant; cette dernière a une importance capitale, car on ne la rencontre que dans l'épithélioma.* » M. Fournier[5], dans des

1. Tribut à la chirurgie par Bouisson, 1858 p. 548.
2. Ricord. Clinique iconographique de l'hopital des Vénériens.
3. Saint-Arroman. Th. de Paris. 1858. *Des tumeurs gommeuses du tissu cellulaire et des muscles.*
4. Hugonneau. *loc. cit.*
5. A. Fournier. Des glossites tertiaires (glossites scléreuses et gommeuses) *in France médicale*, 1877.

leçons professées l'an dernier à l'hôpital Saint-Louis, trace dans les lignes suivantes le tableau des symptômes auxquels donnent lieu les glossites tertiaires : « Qu'elles soient de nature scléreuse ou gommeuse, leur début est insidieux; le plus souvent c'est par hasard que le malade s'aperçoit de leur présence, et alors qu'elles ont acquis déjà un certain développement. Jusqu'au moment où les ulcérations se produisent, les glossites tertiaires sont indolentes; elles troublent peu ou même pas du tout les fonctions de la langue; il y a parfois un peu de gêne, d'embarras dans la prononciation, l'expiration etc, il s'y ajoute une sorte d'endolorissement vague et diffus avec quelques élancements... Une fois ulcérée, la glossite tertiaire devient douloureuse. Toutefois, les douleurs ne sont pas spontanées; elles sont provoquées seulement par des excitations surajoutées, par le contact de substances dures ou irritantes de diverses natures. » Dira-t-on que cet « endolorissement vague et diffus avec quelques élancements » pourrait bien être de l'otalgie ? Aucune espèce de doute ne peut subsister à cet égard, en lisant plus loin le tableau où l'auteur met en parallèle les caractères du cancroïde lingual et ceux de la gomme ulcérée de la langue. Nous citons textuellement :

CANCROÏDE LINGUAL ULCÉRÉ.	GOMME ULCÉRÉE DE LA LANGUE.
XI. Ulcération douloureuse spontanément, lancinante, parfois, douleurs d'irradiation vers l'oreille.	XI. Ulcération non douloureuse spontanément, non lancinante.

On ne peut plus clairement mettre en évidence l'absence de douleurs irradiées et particulièrement de douleurs

d'oreille dans les gommes; nous faisons toutefois nos réserves sur le mot parfois, qui ne nous paraît pas assez général quand il s'agit des mêmes douleurs dans le cancroïde lingual ulcéré ou non.

Dans des leçons faites récemment à l'hôpital du Midi sur les myopathies syphilitiques, M. Mauriac décrit les affections de cette nature, dont la langue peut être le siége[1]. Il constate que les gommes de cet organe « sont plus fréquentes que celles des autres muscles, et qu'elles sont aussi généralement plus précoces. » Quant au symptôme douleur, il n'en parle que comme entrave à la déglutition, quand de grosses gommes occupent la base de l'organe. Une observation de tumeur gommeuse ulcérée précédée de plaques muqueuses ne signale que des douleurs vives occupant le bord droit de l'organe, où siégeaient quatre déchirures profondes. Il n'est fait aucune mention de douleurs irradiées.

Enfin l'observation suivante est un exemple de plus qui montre l'absence de l'otalgie dans les gommes de la langue.

OBSERVATION XXVI

(Personnelle)

Recueillie à la Pitié dans le service de M. Polaillon.

Chop...., 37 ans, journalier, est couché depuis le 12 juin au lit n° 32, de la salle Saint-Gabriel. — Cet homme a eu, il y a 17 ans, un chancre sur le fourreau de la verge; antérieurement, il avait eu, à partir de l'âge de 14 ans, un nombre considérable de blennorrhagies et d'autres accidents vénériens, dont il n'a plus qu'un souvenir confus. Il se rappelle seulement qu'il a pris une grande quantité de pilules de diverses espèces : il est aujourd'hui impossible de démêler

1. Mauriac. *Annales de Dermatologie*, 1877.

si toutes ces préparations contenaient du mercure ou simplement des balsamiques. Il dit n'avoir jamais eu de roséole, ni d'alopécie, ni de maux de gorge ; il a souffert en 1870 d'une variole grave ; il ne fume pas habituellement et ne paraît pas avoir actuellement de rétrécissement de l'urèthre, comme pourraient le faire craindre ses antécédents. Depuis deux ans, il est porteur à la jambe gauche d'un ulcère variqueux qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. Il y a deux mois, dit-il, il vit apparaître sans cause appréciable, un noyau induré au centre de sa langue. En quinze jours, le mal a pris l'aspect qu'il a aujourd'hui et que nous allons décrire. Jamais ce point induré ne lui a causé de douleurs d'aucune espèce ; à peine éprouve-t-il un peu de gêne ; nous avons vu qu'il est entré pour son ulcère de la jambe et que sa langue ne l'inquiète nullement. Par le toucher on sent la partie moyenne de la langue manifestement plus dure que le tissu sain de l'organe, la muqueuse est rouge, à peu près normale, un peu blanchâtre cependant, fendillée en plusieurs sens ; une de ces crevasses qui occupent longitudinalement la partie moyenne de l'organe est même assez profonde. Quant à l'induration, elle n'atteint pas tout à fait la pointe en avant et s'étend en arrière presque jusqu'à la portion horizontale. On ne perçoit nulle part de sensation ressemblant à de la fluctuation ; au contraire, en saisissant entre deux doigts l'épaisseur de la langue, on la sent plus dure, ou plutôt rénitente sans point de ramollissement. Pas d'engorgement ganglionnaire, si ce n'est à l'aîne gauche du côté où siége l'ulcère, sur la jambe. En somme, cette affection n'occasionne qu'un peu de gêne au malade et ne lui fait éprouver *aucune douleur*.

Diagnostic: gomme indurée de la langue.

Traitement : iodure de potassium.

Huit jours après avoir pris cette observation, nous avons revu le malade ; sous l'influence du traitement, son affection avait déjà un peu diminué de volume et la nodosité était sensiblement moins dure.

§ 2.

Il nous reste à passer en revue les autres lésions de nature diverse dont la langue peut-être le siége, et à montrer que, comme les précédentes, elles ont ce caractère

commun : l'absence d'otalgie. Nous n'avons pas la prétention de présenter ici un travail complet, le sujet est beaucoup trop vaste pour notre bien modeste érudition, et aussi pour le temps que nous avons pu consacrer à ce travail; on voudra donc bien, pour les deux raisons que nous venons de dire, nous pardonner des lacunes inévitables. Nous croyons, du reste, que la disparition de ces lacunes ne changerait rien à nos conclusions.

Psoriasis. — La langue est assez souvent le siége du psoriasis; on l'observe surtout chez les personnes qui font abus du tabac, c'est ce qu'on appelle plaques des fumeurs, et chez les individus arthritiques, qui font usage de mets épicés ou d'autres agents excitants. L'observation que nous avons rapportée et qui provient de la thèse de M. Hugonneau, en est un exemple. La même altération peut être aussi sous la dépendance de la syphilis. De quelque nature qu'il soit, le psoriasis lingual ne donne pas lieu à des douleurs irradiées[1]. On pourra, pour s'en convaincre, parcourir les observations contenues dans la thèse de M. Debove, qui en rapporte 17 cas, et lire le travail de M. Mauriac, sur le même sujet[2].

La transformation de cette affection en épithélioma est aujourd'hui un fait à peu près admis; mais avant d'en arriver là, il paraît vraisemblable que le futur cancroïde

1. Cette dénomination de psoriasis lingual, pour désigner l'affection qui nous occupe, n'est pas admise par tous les auteurs. M. Fournier (Leçons sur la syphilis p. 567, 1873,) appelle cette lésion plaques lisses de la langue et M. Devergie, (*Union méd.* 1877), taches blanches épithéliales de la langue. Fairlie Clarke et Samuel Plumbe en Angleterre l'ont désiguée sous le nom d'ichthyose de la langue.

2. Debove. *Psoriasis buccal*, Th. de Paris. 1873. Mauriac. Du psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale, *in Union médic.* 1873. tom. XVI p. 396.

passe par une phase intermédiaire dans laquelle il est constitué par une simple hypertrophie papillaire, un papillôme. Cette phrase correspondrait, si l'on veut, à la période que nous avons appelée avec M. Th. Auger, période de croissance, et qu'on observe dans les épithéliomas papillaires. Nous avons été assez heureux pour nous procurer une observation d'un papillôme lingual; nous verrons que cette production ne donne lieu à aucune douleur irradiée[1].

OBSERVATION XXVII

(Inédite).

Communiquée par notre ami M. Gibon, externe à la Pitié.

X...., femme de 36 ans, se présente à la consultation de médecine de la Pitié, le 9 avril 1878. Elle n'offre pas d'antécédents personnels ni de famille, si ce n'est un phlegmon iliaque survenu à la suite d'une couche et qui a été soigné par M. L. Labbé. Le papillôme a débuté il y a 5 semaines par une petite verrue située à l'union du 1[3 antér. avec le 2[3 postér. du bord gauche de la langue. Cette verrue a toujours été indolente et n'a jamais occasionné qu'un peu de gêne dans la déglutition. On appliqua peu de jours après son apparition à sa base un fil élastique qui tomba au bout de 24 heures pendant que la malade mangeait. L'application de ce fil fut très-douloureuse. Quelques jours après apparurent de nouvelles végétations qui se sont accrues de plus en plus tout en restant superficielles et indolentes; notons cependant quelques picotements dans une petite zone périphérique à la tumeur. Actuellement la production a la grosseur d'une noisette, elle est constituée

1. M. Péan divise les tumeurs papillaires de la langue en trois classes : 1° forme épidermique. La tumeur comprend peu de vaisseaux sanguins : elle rappelle mieux par ses caractères extérieurs certaines tumeurs épithéliales qu'une tumeur vasculaire sanguine; 2° forme vasculaire : les vaisseaux dominent; 3° forme mixte participant des deux premières. Nous ne parlons en ce moment que de la forme épidermique.

par de petites dépressions alternant avec des saillies papillaires, d'un rouge framboisé. Légère excoriation au niveau des dents. Il n'y a aucune irradiation douloureuse ni rien qui ressemble à l'otalgie.

Il eût été très-intéressant de suivre la transformation du papillôme en épithélioma, malheureusement la malade qui venait à la Pitié pour les suites de son phlegmon iliaque est entrée probablement dans un autre hôpital — elle n'a plus reparu[1].

Scorbut. — Nous placerons ici une observation de M. Marrotte sur une lésion assez singulière de la langue[2] : « M. Marrotte a vu un cas assez singulier chez un malade atteint de scorbut sans lésion des gencives. Là où les dents manquaient, il s'était développé sur la langue des tubercules rouges, *non douloureux*, du volume d'un pois chiche. Au microscope végétations analogues aux bourgeons charnus. »

Scrofule. — Il est bien rare que les ulcérations de la scrofule[3] atteignent la langue. On en trouvera un exemple cependant dans la thèse de M. Homolle[4].

Plaies. — Les plaies de la langue sont assez rares : on les observe cependant quelquefois surtout chez les épileptiques. Elles ne donnent lieu à aucune particularité intéressante pour notre sujet[5].

1. M. Lafont, dans sa thèse inaug., Paris 1877, rapporte plusieurs observations de papillome lingual. *Voy.* aussi : *Bulletin de Thérapeutique*, sept. 1869.

2. *Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, 24 mars 1871.

3. Looten. Th. de concours, 1878, p. 81. *Scrofulides des muqueuses.*

4. Homolle. Th. de Paris, 1875.

5. *Voy.* surtout : Larrey. *Cliniq. Chirurgic*, tome II, p. 39 ; Jobert de Lamballe, *Plaies d'armes à feu*, 1833, p. 142 ; Bertrand, *Gaz. des hôpitaux* 1863, p. 118 ; Peltier, *Mouv. méd.*, 1870, etc., etc.

Corps étrangers. — Il en est de même des corps étrangers qui peuvent provenir de l'extérieur ou bien être formés par des calculs. Dans un rapport fait par Double, en 1807, à l'Académie de Médecine[1] sur plusieurs observations de glossite inflammatoire, cet auteur cite quatre cas de calculs contenus dans la langue; quant aux corps étrangers provenant de l'extérieur, nous citerons une balle contenue dans la langue et dont l'observation se trouve dans Boyer[2], et un fragment de dent logé dans le même organe et simulant un cancer dont l'observation est due au docteur Herbert[3]. Il y est dit que le malade éprouvait une douleur sourde, constante, qui, par moments, devenait vive, aiguë, particulièrement dans la mastication; il n'y est pas fait mention de douleurs irradiées. M. Maisonneuve, dans sa thèse, rapporte deux autres observations de balles de fusil contenues dans la langue; M. Bouisson en a extrait également un morceau de dent.

Glossite. — Les corps étrangers nous amènent à parler de la glossite, non plus de la glossite scléreuse ou gommeuse de la syphilis, mais de la glossite franchement inflammatoire, du glossitis. Depuis l'observation des deux marchands d'Ambroise Paré, qui en furent atteints pour avoir fait infuser dans du vin chaud qu'ils burent, des feuilles de sauge imprégnées de bave de crapaud[4], les cas de glossite publiés sont devenus nombreux. En voici quelques-uns : De la Malle[5] en rapporte sept observations à

1. *Jour. gén. de méd.*, tome XXVIII, p. 254 (1807).
2. Boyer. *Traité des malad. chirurg.* art. X, p. 375, (1816).
3. *Gaz. des hôpit.*, 1855, p. 432.
4. A. Paré. XXIe livre. *Des venins.*
5. Précis d'observations sur le gonflement de la langue, *in Mém. de l'Acad. de chirurgie*, tome V., p. 513.

l'Académie de chirurgie en 1877, Carron médecin a Annecy[1], deux observ. Violland, dans sa thèse inaugurale, cinq observ.[2] dont une terminée par abcès. L'auteur d'une autre thèse, le docteur Delaporte[3], en décrivant les symptômes de cette affection ajoute (p. 10) : « Enfin dans quelques circonstances, le malade se plaint de douleurs d'oreilles et d'une douleur pongitive et vague qui parcourt les épaules, l'épine dorsale et les lombes. » Nous devons nous demander si l'auteur a réellement constaté ces douleurs d'oreille dans le cours de la glossite, ou si cette affirmation provient seulement d'un souvenir un peu vague qui aurait eu sa source dans l'observation d'autres affections de la langue ayant les caractères de l'épithélioma? Nous penchons vers cette seconde hypothèse, et voici pourquoi : on trouve dans ce même travail quatre observations très-complètes de glossite, personnelles à l'auteur; dans l'une même la terminaison avait eu lieu par un abcès; dans aucune, la douleur d'oreille n'est signalée parmi les symptômes. Ajoutons que les observations antérieures n'en font pas mention le moins du monde. Nous passons sur les autres études dont la glossite a été le sujet[4], et nous arrivons à une thèse récente renfermant huit observations, dont la dernière[5] doit nous arrêter un instant parce qu'elle contient la phrase suivante (p. 74) : « La région sus

1. Observations sur l'inflammation de la langue, *in Journ. génér. de méd.*, tome XXVIII, (1807), p. 254.
2. Violland. Th. de Paris, 1855, n° 127. *Essai sur la glossite.*
3. Delaporte. Th. de Paris, 1817, n° 46. *Dissertation sur la glossite.*
4. *Voy.* Boucault. Th. de Paris, 1818, n° 260 ; *Archiv. génér. de méd.* tome VIII, p. 347, 1840 ; Maisonneuve, *loc. cit.; Gaz. des hôpit.*, 1874, p. 638, etc.
5. Bojenski. Th. de Paris, 1874, *Glossite parenchymateuse.*

hyoïdienne est gonflée et tendue, la peau y est rouge et luisante. C'est en ce point surtout que le malade accuse de la douleur. Celle-ci se prolonge le long de la mâchoire, particulièrement à gauche, *jusqu'à l'oreille.* » Est-ce là vraiment une douleur irradiée analogue à celle que nous nous sommes efforcé de décrire dans le cancer de la langue? Nous croyons que, pour l'affirmer, il faudrait avoir des détails plus complets sur ses caractères. Cette douleur était-elle spontanée, intermittente comme l'otalgie de l'épithélioma? Nous ne le croyons pas, nous croyons plutôt qu'il s'agit ici d'une douleur analogue à celle que donne le phlegmon. En tout cas, c'est le seul fait de ce genre qui soit mentionné dans les observations assez nombreuses de glossite que nous avons lues.

Ulcères calleux. — On peut dire que la connaissance de ces ulcères remonte aussi loin que la médecine elle-même. Le précepte d'Hippocrate : *Quibus vero ad linguæ latus ulcus sit diuturnum, animadvertendum est dentibus qui juxta sunt,* doit être encore aujourd'hui une règle constante pour le chirurgien qui se trouve en présence d'une ulcération de la langue. « Jamais ils ne sont le siége de douleurs lancinantes, » dit M. Maisonneuve, qui en rapporte deux observations personnelles. La douleur qu'ils occasionnent, en effet, peut être vive, cuisante, mais elle est toujours provoquée soit par les mouvements de l'organe, soit par le contact des aliments solides et les efforts de mastication, « surtout si le malade introduit sur ces ulcères des substances irritantes : liqueurs fortes, fumée de tabac, chique, etc. [1].» On voit qu'il leur manque précisément un

1. Demarquay. Art. *Langue* du dictionnaire de méd. et de chir. pratiq., p. 151

des principaux caractères de la douleur du cancer, la spontanéité.

On trouve encore dans la langue des tumeurs de nature diverse, mais plus rarement. Signalons d'abord deux cas d'anévrysmes de l'artère linguale rapportés dans la thèse de M. Maisonneuve, dans lesquels on ne signale aucune douleur irradiée. — Les tumeurs érectiles s'y développeraient un peu plus fréquemment : le docteur Foucher en a réuni 12 observations, dont une de nævus ulcéré[1] : « Cette variété de tumeurs, dit-il (p. 20), a encore pour caractère de ne donner lieu en général à aucune douleur », et M. Bouisson, dans son article du Dictionnaire encyclopédique, dit en les signalant « qu'elles sont complétement indolentes. » Il en dit autant, du reste, des tumeurs formées par les hydatides, sur lesquelles nous ne nous arrêterons pas. Nous négligerons de même les différents kystes séreux, muqueux, que l'on y peut observer. — Nous croyons que le premier cas de lipôme de la langue qui ait été publié est celui qui fut opéré par Laugier, en 1854, et dont l'observation se trouve dans le *Bulletin de la Société anatomique*[2]. Un second cas observé par Follin, en 1866, se trouve consigné dans le bulletin de la même Société[3], L'un et l'autre étaient *absolument indolents*. Le docteur Labat en rapporte en tout huit, dans sa thèse inaugurale. Leur caractère commun est d'être indolents et seulement gênants, à cause de leur volume et de leur poids[4].

1. Foucher. Th. de Paris, 1862.
2. Bastien. Lipôme de la langue *in Bulletin de la Soc. anat.*, tome XXIX, 1854.
3. Follin. Lipôme de la langue, *in Bulletin de la Soc. anat.*, 1866, p. 88.
4. Labat. Th. de Paris, 1874.

Le nombre des fibrômes de la langue est encore moins considérable; l'un a été observé par M. Ad. Richard à l'Hôtel-Dieu[1], l'autre par M. Notta, de Lisieux, et le troisième par Erichsen[2]. Le premier avait mis 20 ans à se développer : on ne signale dans l'observation où il est relaté aucune douleur spéciale. Le second existait depuis 9 ans : « De temps en temps, dit le docteur Notta, cette tumeur augmente de volume, et devient alors le siége de quelques élancements. Hormis cela, elle est complétement indolente. » — Le prolongement chronique (macroglossie) de la langue est plus fréquent que les tumeurs précédentes. Cette affection se développe le plus souvent dans les premières années qui suivent la naissance[3]. Elle est généralement indolente ; il peut se former cependant sur les côtés de l'organe de petites ulcères au niveau des dents : on a affaire alors à de véritables ulcères calleux. Nous rapprocherons de la macroglossie, sans nous y arrêter davantage, un cas de tumeur congénitale polycystique insérée à la symphyse du maxillaire inférieur et à la langue, dont M. Verneuil a présenté l'observation à l'Académie de médecine[4], et, par opposition, un cas d'arrêt de développement de la langue, dû à M. Desprès[5]. — M. Maisonneuve note dans la thèse que nous avons déjà citée plusieurs fois, deux cas de charbon malin de la langue (glossanthrax); il n'en rapporte pas les observations. — Enfin, nous trouvons dans la *Gazette des Hôpitaux*, de l'année der

1. *Gaz. des hopit.* 1855, p. 453.
2. Notta. *Gaz. des hopit.* 1859. p. 468.
3. *Voy. :* Boucault. *loc. cit.* ; *Gaz. des hopit.* 1835. p. 214 ; Maisonneuve *loc. cit.* ; *Gaz. hebdomad.* 1858. *Gaz. des hopit.* 1863, etc. etc.
4. *Gaz. des hopit.* 1875, p. 508.
5. *Gaz. des hopit.* 1877, p. 526.

nière, un cas de zona de la moitié gauche de la langue observé par M. Desprès. Ce zona n'avait pas été précédé de névralgie et offrait les symptômes d'une glossite inflammatoire partielle. — On trouvera encore une observation de glossalgie dans *Montpellier médical* (1866), une autre dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1854), une troisième que Magendie a citée à l'Académie des Sciences, dans la séance du 17 juin 1839.

Stomatites. — Il est encore un groupe d'affections non plus chirurgicales, mais médicales, dont nous n'avons pas parlé et qui peuvent atteindre la langue. Nous laissons de côté les stomatites simples, érythémateuses, et le muguet; quant aux aphthes, ils constituent des lésions trop superficielles pour donner lieu à des douleurs irradiées. Nous n'avons jamais observé de ces stomatites mercurielles si intenses, que la langue ne peut plus être contenue dans la bouche et sort à l'extérieur, où elle se flétrit et se dessèche; ces accidents sont rares aujourd'hui; les médecins manient le mercure avec plus de prudence qu'autrefois, et le chlorate de potasse permet d'enrayer les premiers accidents; en tout cas, il ne doit y avoir là qu'une glossite de cause spéciale. Mais nous devons nous arrêter plus longtemps sur la stomatite ulcéro-membraneuse : ce n'est plus là une lésion superficielle, c'est la véritable diphthérie des Allemands, « l'exudation inflammatoire n'est pas bornée à la surface de la muqueuse, elle en occupe l'épaisseur même à une profondeur variable, de sorte que l'élimination du produit a nécessairement pour conséquence une perte de substance, une ulcération résultant de la mortification de la portion de la muqueuse comprise dans l'infiltration. Il n'y a donc pas là un simple dépôt

sous-épithélial ou intra-folliculaire, comme dans l'aphthe, il n'y a pas non plus une simple fausse membrane, comme dans le croup, il y a infiltration et eschare de la muqueuse (Jaccoud)[1]. » Nous avons eu la curiosité de rechercher si ces eschares profondes ne produiraient pas sur les rameaux nerveux de la langue la même irritation douloureuse que les produits épithéliaux du cancroïde ; *à priori*, la chose nous paraissait possible. Les auteurs ne nous ont rien appris à cet égard, mais nous avons pu observer dans le service de M. le prof. Verneuil, une malade atteinte de stomatite ulcéro-membraneuse, sur laquelle nous avons trouvé l'otalgie comme dans l'épithélioma.

OBSERVATION XXVIII.

(Personnelle.)

Recueillie à la Pitié, service de M. le prof. Verneuil.

Yonq.... (Marguerite), 34 ans, marchande des quatre saisons, salle Saint-Augustin, 29. Entrée le 23 mars pour un épithélioma du col utérin dont le début remonte à 1 an. Elle est atteinte depuis 8 jours d'une stomatite ulcéreuse occupant la langue, qui se manifeste par des plaques sphacélées sur le bord gauche de l'organe. Ces deux ulcérations sont peu étendues et peu profondes ; elles sont recouvertes par une membrane blanchâtre assez épaisse. Elles sont taillées à pic. La langue dans son ensemble est un peu tuméfiée, elle est rouge à la pointe, blanche et recouverte de muguet dans le reste de son étendue. Les mouvements sont très-gênés, surtout pour la déglutition ; c'est à peine si la malade peut avaler les liquides. La face, surtout dans sa moitié gauche, est œdématiée ; du reste, la malade dans toute sa personne, paraît assez profondément cachectique. Salivation abondante, fétide. La langue est le siége de vives douleurs surtout au niveau des ulcérations. Depuis 3 jours ces douleurs se sont fait sentir dans l'oreille gauche, elles sont vives, inter-

1. Jaccoud, *Traité de Pathol. int.*, tome II, p. 178.

mitentes, lancinantes, apparaissent spontanément sans que rien les ait provoquées et reviennent surtout la nuit ; elles ont, depuis leur apparition souvent réveillé la malade. On sent un ganglion sous-maxillaire gauche qui commence à se prendre. Depuis longtemps ceux de l'aîne sont abondamment engorgés. La malade a de la fièvre depuis longtemps.

Cautérisation au nitrate d'argent; 3 mai.

6 mai. L'état de la langue a peu changé : les ulcérations paraissent vouloir se réunir : il y en a une nouvelle sur le bord droit vers le 1/3 moyen. L'otalgie est toujours très-vive ainsi que les douleurs locales : *elle occupe maintenant les deux oreilles*. La malade, ne s'alimentant que de plus en plus difficilement, paraît s'être encore affaiblie. Diarrhée abondante que l'on combat par des lavements laudanisés.

10 mai. Même état général. Cependant le muguet a diminué. La partie antérieure des bords gauche et droit est occupée par deux ulcérations allongées, d'un rouge vif, peu profondes qui se rejoignent à la pointe, l'otalgie persiste des deux côtés, toujours vive et fréquente, le gonflement œdémateux de la face a beaucoup diminué à gauche ; en revanche la tuméfaction du côté droit paraît plus apparente.

13 mai. Les ulcérations sont restées à peu près stationnaires. La malade paraît de plus en plus abattue, les douleurs irradiées se font sentir aujourd'hui dans toute la face.

18 mai. Nous trouvons l'état de la malade sensiblement amélioré. La langue s'est nettoyée, le muguet a presque entièrement disparu : les ulcérations se sont détergées et se cicatrisent. Les douleurs irradiées, et particulièrement l'otalgie ont sensiblement diminué : l'enflure de la face a presque disparu. Localement la langue est aussi bien moins douloureuse.

24 mai. Le mieux persiste. Plus de douleurs locales, ni irradiées. Les aliments liquides passent facilement.

20 juin. Nous revoyons la malade près d'un mois après notre dernière note : la cachexie paraît de plus en plus prononcée, mais les accidents du côté de la bouche ont absolument disparu.

CONCLUSION

Il nous reste à expliquer la production de l'otalgie dans les lésions de la langue que nous venons de passer en revue, c'est-à-dire à rechercher : 1° comment et pourquoi elle se produit ; 2° pourquoi on l'observe dans telle affection plutôt que dans telle autre.

Rechercher comment elle se produit, — nous l'aurons fait quand nous aurons indiqué les branches nerveuses qui peuvent transmettre à l'oreille les impressions douloureuses ayant la langue pour origine. La première et la plus importante de ces branches est la corde du tympan, à cause de son anastomose avec le lingual. Nous ne rapporterons pas ici son trajet, que l'on trouve dans tous les traités classiques[1], mais nous devons nous arrêter un peu sur son origine et sur ses fonctions, les avis étant très-partagés sur ces deux points. Ce qui est bien établi cependant c'est qu'elle ne préside pas aux mouvements de la langue : « Lorsqu'on excite directement la corde du tympan, dit M. Béclard[2] on n'observe pas le moindre frémissement dans les muscles de la langue. » — Nous ne pouvons mieux faire pour traiter cette question si controversée des fonctions et de l'origine de la corde du tympan que de reproduire une note de M. Vulpian, insérée dans un des derniers numéros (29 juin 1878) du *Mouvement médical*. Elle est

1. *Voy.* Tillaux. *Anatomie topographique*, p. 99.
2. *Traité élémentaire de physiologie*, p. 1015.

intitulée : Expériences ayant pour but de déterminer la véritable origine de la corde du tympan. Cette note renferme, en peu de mots, le rapide exposé des différentes fonctions qui ont été attribuées à ce nerf, ainsi que l'opinion personnelle du savant physiologiste qui l'a rédigée, ou du moins son opinion actuelle, telle qu'elle résulte des expériences auxquelles il s'est livré tout récemment; on peut donc dire que ces lignes expriment le dernier mot de la science à ce sujet.

« La corde du tympan exerce une influence incontestable sur le goût. De nombreux faits cliniques établissent que, lorsqu'un nerf facial se trouve atteint dans la région supérieure de l'aqueduc de Fallope, là où il contient encore les fibres qui s'en séparent plus bas pour former la corde du tympan, la sensibilité gustative peut être notablement affaiblie ou même abolie dans la moitié correspondante de la partie de la langue située en avant du V des papilles caliciformes. La section expérimentale de la corde du tympan, effectuée sur des chiens, a pleinement confirmé les enseignements de la clinique.

« D'autre part, on sait, par les recherches de Claude Bernard et d'autres expérimentateurs, que la corde du tympan, qui n'exerce aucune action motrice sur les muscles de la langue à l'état normal, est le nerf excito-sécréteur de la glande sous-maxillaire, et en même temps le nerf vaso-dilateur de cette glande et de la langue.

« Ce rameau nerveux diffère donc du nerf facial par ses fonctions : il en diffère encore histologiquement, jusqu'à un certain point; car ses fibres sont beaucoup plus grêles que celles de ce nerf.

« Ces diverses particularités et surtout l'influence de la corde du tympan sur la sensibilité spéciale de la langue ont fait naître la pensée que ce rameau nerveux, malgré sa connexité étroite avec le nerf facial, pouvait bien avoir une origine distincte de celle des fibres motrices de ce nerf. Deux hypothèses principales ont été émises à ce propos.

« Dans la première, on admet que la corde du tympan provient du nerf intermédiaire de Wrisberg. Ce nerf, constitué par plusieurs

radicules qui naissent du bulbe rachidien entre le nerf auditif, serait une racine sensitive du nerf facial et irait rejoindre ce nerf, après avoir traversé le ganglion géniculé, lequel serait l'analogue des ganglions des racines postérieures rachidiennes. Cette hypothèse est modifiée par d'autres anatomistes et physiologistes. Pour les uns, le nerf de Wrisberg serait une racine bulbaire du grand sympathique (Cl. Bernard); pour les autres, ce nerf émanerait du nerf glosso-pharyngien et serait par cela même un nerf sensitif, un nerf gustatif. C'est cette dernière opinion qui, d'après M. Lussana, aurait été exprimée d'abord par Scarpa et mise hors de doute plus tard par Barbarisi : c'est à cette manière de voir que M. Mathias Duval a été conduit tout récemment par ses intéressantes recherches sur l'origine réelle des nerfs crâniens.

« Dans la seconde hypothèse, la corde du tympan n'a plus aucun rapport avec le nerf intermédiaire de Wrisberg, ni avec le nerf glosso-pharyngien. Ce rameau nerveux serait formé de fibres nerveuses provenant du nerf trijumeau (de la branche maxillaire supérieure de ce nerf) et allant, par un trajet assez compliqué, rejoindre le nerf facial dans l'aqueduc de Fallope, au niveau du ganglion géniculé.

« Quelle est celle de ces suppositions qui doit être tenue pour vraie ? L'expérimentation peut-elle fournir une réponse catégorique à cette question ? C'est là ce que je me suis proposé d'examiner. »

M. Vulpian décrit les expériences qu'il a entreprises et conclut ainsi :

« Cette seconde série d'expériences semble venir à l'appui de la première et m'autoriserait peut-être à conclure dès à présent que la corde du tympan provient, non du nerf facial ou du nerf intermédiaire de Wrisberg, mais bien du nerf trijumeau. Cependant toutes les incertitudes de la question ne me paraissent pas encore complétement dissipées, et j'ai dû recourir à d'autres expériences qui décideront de la valeur de celles que je viens de mentionner. J'espère pouvoir en communiquer bientôt les résultats à l'Académie. »

Cette hypothèse, vers laquelle semble incliner jusqu'à présent M. Vulpian, nous permettait d'expliquer facilement les douleurs d'oreille qui accompagnent le cancer de la

langue. La corde du tympan n'étant qu'une branche du trijumeau, serait le siége de douleurs lancinantes semblables à celles qu'on observe plus tard à la face sur les autres branches de ce nerf, quand l'ulcération est devenue vaste et très-étendue ; seulement, en raison de la situation particulière de cette branche, en raison de ses rapports si voisins et si intimes avec le parenchyme de l'organe, au milieu duquel elle est contenue, elle serait atteinte immédiatement dès le début de la lésion.

Du reste, que le nerf qui nous occupe provienne du facial ou de l'intermédiaire de Wrisberg ou du trijumeau, il est bien probable qu'il ne préside pas seulement au sens du goût et à la sécrétion de la glande sous-maxillaire, mais qu'il préside aussi à la sensibilité générale de la langue. Ceux des auteurs que nous avons cités et qui, ayant remarqué la coïncidence de l'otalgie avec l'épithélioma lingual, ont cherché à s'expliquer cette coïncidence, ont pensé généralement à la corde du tympan. M. Th. Anger[1], s'exprime ainsi à ce sujet, page 71 : « Je crois devoir faire remarquer que ces élancements de l'oreille trouvent leur explication naturelle dans l'anastomose de la corde du tympan avec le nerf lingual, lequel préside à la sensibilité générale et gustative de la muqueuse. On peut ainsi se rendre compte pourquoi les irradiations névralgiques, parties de la surface ulcérée de cette muqueuse, remontent vers l'oreille avec la corde du tympan et s'y localisent. » M. Hugonneau, dans la thèse à laquelle nous avons déjà fait plusieurs emprunts est du même avis : « On explique la douleur d'oreille, dit-il, par l'anastomose de la corde du tympan avec le

1. Th. Anger. *loc. cit.*

nerf lingual. » Enfin, M. Béclard pense aussi que la sensibilité générale de la langue est sous la dépendance de la corde du tympan. « Lorsqu'on excite directement sur des animaux vivants, la corde du tympan (*loc. cit.* p. 1016), cette excitation éveille des signes manifestes de sensibilité... La corde du tympan contient donc des filets de sensibilité et elle exerce sur le goût et sur la sensibilité tactile de la langue, un rôle analogue à celui du glosso-pharyngien. »

Mais si l'épithélioma trouve dans la présence de ce nerf, dans son anastomose avec le lingual, l'explication naturelle de l'otalgie qui l'accompagne, lorsque la lésion siége sur un point des deux tiers antérieurs de l'organe, il n'en est pas de même quand elle siége à la base. Existe-t-il donc, dans cette partie de la langue un nerf sensitif analogue à la corde du tympan, et qui ait, comme elle, des connexions avec l'oreille ? Nous avons vu dans les lignes de M. Béclard que nous venons de rapporter, qu'on peut assimiler comme fonctions la corde du tympan au glosso-pharyngien ; or, ce nerf, doué de sensibilité spéciale gustative, et de sensibilité générale tactile, est en connexion, par le rameau de Jacobson, avec la caisse du tympan, l'oreille moyenne, et de plus il se distribue par ses filets terminaux au tiers postérieur, c'est-à-dire à la base de la langue. Nous croyons donc que le glosso-pharyngien joue, dans les cancers de la base, le même rôle que la corde du tympan dans ceux de la pointe et de la partie moyenne.

Ces deux nerfs conducteurs étant admis, nous devons nous demander pourquoi cette impression douloureuse qu'ils transmettent à l'oreille, s'observe avec une préférence si marquée dans l'épithélioma et la stomatite ulcéro-membraneuse. N'ayant plus aucune autorité pour appuyer

notre raisonnement, nous ne pouvons que reproduire ici une opinion personnelle. D'abord, pour ce qui est de l'épithélioma, il est admis depuis longtemps par tout le monde que les lésions de cette nature donnent lieu à des douleurs beaucoup plus intenses et plus prématurées que n'importe quelle autre affection. Il n'est pas nécessaire pour que le fait se produise que ce soit la langue qui soit atteinte; tout autre organe, toute autre région peut donner l'occasion d'en faire la remarque. M. Heurtaux, dans sa thèse inaugurale, s'est demandé pour quelle raison le cancroïde avait ainsi le privilége des douleurs lancinantes? Il en a trouvé la raison dans un auteur allemand, Van der Kolk, qui attribue ces douleurs au dépôt d'éléments épithéliaux dans l'intérieur des rameaux nerveux. Peut-être aussi le mode de prolifération des cônes épithéliaux est-il une cause suffisante pour irriter les branches nerveuses. N'est-ce pas là le privilége de l'épithélioma, d'irriter tout organe, nerf ou lymphatique qui se trouve atteint par sa marche envahissante? Cette irritation sur un lymphatique se traduira par une adénite, sur un nerf de sensibilité par des douleurs suivant le trajet de ce nerf. Quant à la stomatite ulcéro-membraneuse, la production de l'eschare agit probablement de la même façon sur les terminaisons des extrémités nerveuses. Quoi qu'il en soit, ces explications et ces hypothèses n'ont pour nous qu'un intérêt de second ordre. Nous laissons à des médecins plus autorisés et plus compétents le soin de les confirmer ou de les infirmer, si cette étude leur paraît intéressante ; le but que nous nous étions proposé était surtout et presque exclusivement clinique, et se trouve renfermé dans ces deux propositions que nous avons indiquées en commençant :

1° Le cancer de la langue s'accompagne presque constamment de douleur d'oreille.

Cette douleur, qui rentre dans l'ordre des irradiations douloureuses signalées depuis longtemps, a de plus ce caractère particulier : 1° qu'elle se retrouve dans un point précis, toujours le même ; — 2° qu'elle est prématurée et devance de beaucoup les autres indications douloureuses. Elle constitue donc un signe diagnostique des plus importants.

2° On ne la trouve que dans le cancer et probablement les affections qui produisent le sphacèle de la muqueuse, par exemple, la stomatite ulcéro-membraneuse, et peut-être aussi les brûlures, etc.

Nous terminons en regrettant de n'avoir pu être absolument complet et de n'avoir pu qu'effleurer cette dernière question, qui est cependant si intéressante.

Paris. — Typographie Parent, 31, rue Monsieur-le-Prince.